NOTRE **ENGAGEMENT** ÉDITORIAL

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien-Médecine Générale*, dont l'éditeur est le groupe Global Média Santé, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :*

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE : des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de la HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).
Les propos rapportés dans la rubrique Entretien n'engagent que leurs auteurs.

BIBLIOGRAPHIE : chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

LIENS D'INTÉRÊTS : tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux. La déclaration de liens d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article [à défaut, une mention précise l'absence de déclaration].

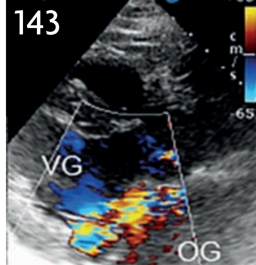
ENGAGEMENT FMC : les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL : toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.

sommaire

N° 936 - Bimensuel - Février 2015









167



Ce numéro est assemblé avec un encart « DPC » et une offre d'abonnement.

Photo de couverture : Zoologia

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Marie Zins

Responsable scientifique et technique de la cohorte Constances (www.constances.fr), elle est médecin épidémiologiste et enseignant-chercheur (université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines).

Constances : 200 000 Français scrutés

Qu'est-ce que Constances ?

C'est une cohorte épidémiologique en population générale. Elle vise à recruter 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans au moment de leur inclusion et habitant dans 1 des 16 départements que nous avons sélectionnés. Nous en sommes à 60 000 depuis le démarrage en 2012. Nous espérons en inclure 30 000 de plus chaque année. L'objectif est de mettre à la disposition des chercheurs une très grande base de données sur la santé qui contribuera à la vérification de leurs hypothèses, après acceptation de leur demande par un conseil scientifique international.

Quelles sont ces données ?

La cohorte est recrutée principalement par tirage au sort parmi les affiliés au régime général de la Sécurité sociale et aux autres régimes partenaires, résidant dans l'un des 16 départements choisis (ce qui exclut les indépendants et le monde agricole). Mais toute personne répondant à ces conditions peut demander à participer à Constances.

La Sécurité sociale dispose de centres de santé, ouverts à tous, mais orientés sur les populations en précarité sociale. Les données y sont recueillies au cours d'un examen standardisé, pour qu'il soit identique partout. Ce point est régulièrement vérifié par des attachés de recherche. Le bilan de base comporte un recueil de sang et d'urines, un électrocardiogramme, une prise de pression artérielle, une mesure du souffle, du poids, de la taille, de la vue et de l'audition. Il est effectué au cours d'une matinée et répété tous les 5 ans. Les plus de 45 ans ont en outre un bilan très complet des fonctions cognitives et physiques (tests de marche, préhension), durant plus d'une heure. En outre, chacun est invité à répondre annuellement à des questionnaires portant sur son environnement social, son travail, ses habitudes alimentaires, son appétence à l'alcool et au tabac, etc. Tout est fait pour que ces recueils soient le moins contraignants possible.

Une des originalités de Constances est que les personnes sont également suivies au moyen de 2 grandes bases de données existantes : celle de l'assurance maladie qui regroupe le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et les prestations remboursées, celle de l'assurance vieillesse, qui permet l'accès à leurs trajectoires sociales et professionnelles.

Cela n'est pas limitatif. Ainsi à partir des adresses qui nous sont communiquées, nous pouvons évaluer des facteurs d'exposition variés, comme la pollution atmosphérique. De plus, nous pouvons demander aux volontaires la communication de leur dossier médical par leur médecin traitant afin qu'il soit examiné par un panel d'experts pour un diagnostic standardisé selon des normes internationales.

Pourquoi un échantillon de 400 000 personnes recrutées en sus de la cohorte ?

La base de données de Constances doit être la plus représentative possible de la population française. Les personnes incluses sont toutes volontaires et peuvent se retirer à tout moment. Or il existe des effets de sélection liés au volontariat : elles ne sont pas tout à fait les mêmes que les autres. Par exemple, les populations ayant les revenus les plus faibles participent moins à ce type d'enquête. Afin d'examiner les différences entre volontaires et non volontaires et construire des modèles pour corriger les biais de sélection, nous mettons en place un échantillon de non-participants (après les en avoir informés), connus seulement par les bases de données des assurances maladie et vieillesse.

Votre recueil est orienté sur de grandes thématiques

Effectivement. La première porte sur les facteurs professionnels : expositions à des composants chimiques, biologiques, au bruit, structures organisationnelles favorisant le stress, contraintes physiques (*p. ex.* gestes répétitifs et port de charge). Les personnes remplissent un calendrier professionnel établi à partir de leur poste de travail. Le codage des professions et des secteurs d'activité nous permet de confronter nos données avec celles des matrices emplois/expositions professionnelles établies par l'Institut national de veille sanitaire (Invs), qui donnent une probabilité d'exposition à une substance (amiante, ciment, poussière de bois, etc.) en fonction du poste de travail à une date déterminée. Les données de l'assurance vieillesse nous permettront de suivre les trajectoires professionnelles des personnes ayant une maladie chronique. Nous insistons plus particulièrement sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), dont le poids individuel et social est important et pour lequel persistent beaucoup d'inconnues. C'est notre seconde thématique.

La troisième concerne les inégalités sociales de santé, très mal comprises ; nous recueillons des données aussi diverses que la profession du conjoint, le lieu de naissance, la langue maternelle parlée à la maison, etc.

La quatrième est la santé des femmes, souvent oubliée dans les enquêtes épidémiologiques, avec un questionnaire spécifique sur des sujets relativement peu abordés,

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE


SERGE CANNASSE

par exemple, les algies pelviennes chroniques, les difficultés à être enceinte, les inégalités dans l'accès à l'AMP, dans le dépistage des maladies chroniques, etc.
Enfin, la cinquième thématique est le vieillissement : mieux comprendre notamment le « bien vieillir », les facteurs de survenue de certaines pathologies (Parkinson, cancers, etc.) et le déclin des fonctions cognitives. En suivant des personnes pendant quasiment toute leur vie, nous espérons éclairer les facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux des événements de santé.

Finalement, Constances est une grosse boîte à outils

Si vous voulez, mais l'important est qu'elle est vivante, qu'elle évolue. Ainsi par exemple, les caractérisations d'ADN faites grâce aux échantillons de sang de la cohorte ne sont pas réservées aux seuls chercheurs qui les ont effectuées : elles enrichissent la base de données de Constances. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a déposé un projet de recherche sur la téléphonie mobile, avec communication des données par les opérateurs téléphoniques (sous réserve de l'accord des personnes). Elles seront introduites dans le pool commun.
Nos partenaires industriels (médicaments, biotechnologies ou dispositifs médicaux) ont la même contrainte. De plus, avant de pouvoir déposer un projet de recherche, il leur est demandé de s'engager pour une durée de quatre ans sur une des cinq thématiques que nous avons retenues ; en contrepartie, ils obtiennent des tableaux de bord sur cette problématique. Les projets qu'ils financent éventuellement passent par les mêmes circuits de validation que les autres, sous la responsabilité d'un chercheur académique indépendant avec obligation de publier les résultats.
Nous pouvons réagir très rapidement à des problèmes nouveaux. Le meilleur exemple en est la cigarette électronique : dès son apparition sur le marché, nous l'avons incluse dans nos questionnaires, ce qui nous permettra sans doute d'être parmi les premiers à répondre aux questions de sa répercussion sur la santé et de son influence sur le sevrage tabagique.

Quelle est la durée prévue ?

A priori, il n'y a que la limite de la vie des personnes incluses. La pérennité est assurée par les investissements conséquents des assurances vieillesse et maladie (par exemple, chaque examen en centre de santé coûte environ 250 euros). Nous disposons également d'un financement par les Investissements d'avenir (argent du grand emprunt).

Quelles sont vos relations avec les généralistes ?

Nous développons l'information auprès d'eux, ne serait-ce que pour l'aide qu'ils peuvent nous apporter pour recruter et encourager, en particulier les jeunes gens. Pour cela, nous mettons en place un partenariat avec la Société française de médecine générale. Certains pensent qu'ils pourraient faire les bilans de santé aussi bien que dans les centres de la Sécu. Mais ils devraient alors se soumettre à notre protocole, très contraignant, standardisé dans une optique populationnelle, alors que la leur s'attache aux individualités, et s'équiper de divers appareillages d'examen. Enfin, dès maintenant notre base de données peut intéresser les étudiants pour leur thèse d'exercice, d'autant que nous pouvons les aider à formuler les questions et les méthodologies de recherche. D'une manière générale, Constances peut être un appui formidable pour la recherche en soins primaires, par les généralistes comme par les infirmières, les pharmaciens ou les kinésithérapeutes.

A-t-elle des équivalents à l'étranger ?

Oui, d'autres pays européens ont mis en place des cohortes comparables. Une nous intéresse particulièrement, celle de l'Allemagne, puisqu'elle est quasiment identique à la nôtre (200 000 personnes recrutées, 17 centres d'examen, etc.). Même s'il existe des différences dans les recueils de données, les points communs nous permettront de mieux étudier certains événements assez rares, comme l'endométriose ou les cancers de l'ovaire. Plus généralement, nous faisons partie d'un réseau européen dont le but est d'harmoniser les recueils afin de pouvoir mieux étudier les grands déterminants de santé. Les données de Constances ne sont pas réservées aux seules équipes françaises. ●

Propos recueillis par Serge Cannasse
journaliste et animateur du site carnetsdesante.fr

M. Zins déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

VIH : prévention et dépistage

D'après l'article de **François Bourdillon** paru dans *La Revue du Praticien* d'octobre 2014.
* Responsable du département de biostatistique, de santé publique et d'information médicale, hôpitaux universitaires La Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, 75013 Paris. **f.bourdillon@invs.sante.fr**

▶ Épidémie encore très active : 6000 à 7000 contaminations par an en France.

En population générale

Prévention : le préservatif, outil de référence

▶ Protège contre l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (IST).
▶ Limites : mésusage, rupture, glissement, oubli...
▶ Soutenu par : campagnes de communication, éducation à la santé et à la sexualité promue en famille et à l'école, lors d'un dépistage ou d'une consultation médicale.
▶ Objectifs :
– renforcer les capacités individuelles et d'autonomie pour permettre à chacun de connaître les modes de transmission, savoir refuser un rapport non protégé, imposer un préservatif et bien l'utiliser ;
– lors d'un dépistage, travailler sur les motifs de la prise de risque (opportunité pour renforcer les compétences individuelles et donc faire évoluer les comportements) ;
– soutenir les familles, les acteurs de la santé en milieu scolaire, les lieux d'écoute et de promotion de la prévention (centres de dépistage, d'information ou de planification familiale...), et les initiatives des collectivités territoriales (Pass' santé, Pass' contraception).

Stratégies de dépistage

▶ Dépistage volontaire motivé par une exposition à risque +++ : impact positif sur l'adoption de comportements favorables.
▶ Dépistage systématique proposé par le Plan national de lutte contre le VIH/sida/IST 2010-2014 pour l'ensemble de la population, car :
– le nombre de personnes ignorant leur séropositivité reste élevé (estimé à 30000) ;
– 25 % de patients sont diagnostiqués à un stade tardif (sida ou nombre de lymphocytes CD4 < 200/mm^3) ;
– concept « Tasp » (*Treatment as prévention*) : au-delà du bénéfice individuel (retarder l'évolution de la maladie), le traitement rapide de **tous** les sujets dépistés contribue à réduire le risque de transmission (fortement diminué en cas de contrôle efficace de la charge virale) ;
– mais réticence des médecins au dépistage systématique = > en 2013, le Groupe national d'experts met l'accent sur les situations cliniques qui devraient le motiver (tableau) ;

Sujets les plus exposés

▶ **Usagers de drogues intraveineuses :**
– politique de réduction des risques (vente libre et programmes d'échanges de seringues, traitement substitutif, etc.) => incidence des contaminations par le VIH considérablement réduite (90 pour 100000).

TESTS DE DÉPISTAGE

• **Les tests sanguins (ELISA)** combinent la détection d'anticorps anti-VIH1 et 2 et de l'antigène p24 du VIH1.

• **Les tests rapides à orientation diagnostique (TROD)** peuvent être réalisés dans n'importe quel lieu, sur sang total (recueil au bout du doigt) ou salive. Lecture rapide, en général en moins de 30 minutes. La performance (sensibilité/spécificité) est bonne mais moindre en cas d'infection récente ou de prélèvement salivaire. Tout résultat positif doit être confirmé par un test « classique ». Intérêt : ils permettent de toucher des populations qui ne se dépistent pas et peuvent être disponibles au sein des associations de lutte contre le sida (logique de dépistage communautaire). Ils sont aussi employés dans des contextes d'urgence. Les médecins traitants pourraient les utiliser dans leur cabinet, mais le font peu en l'absence de formation et de rémunération spécifique.

• **Les autotests** devraient être commercialisés en France en juillet. D'après le Conseil national du sida, ils sont un dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante ; un accompagnement et une information sur leur usage sont recommandés. Population cible : les personnes qui n'utilisent pas les méthodes de dépistage classique ou qui ne se font pas dépister.

** Conseil national du sida. Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-20-12_avi_fr_depistage.pdf*

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

TABLEAU QUAND PRESCRIRE UN TEST

Selon les populations
Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH : – les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes – les hétérosexuels ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois – les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes – les sujets originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne – les usagers de drogues injectables – les personnes se prostituant – celles ayant des partenaires sexuels infectés par le VIH – les populations précaires qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé – l'entourage familial de patients séropositifs pour le VIH (conjoint et enfant[s] de femme enceinte)
Selon les circonstances
Un test de dépistage devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières : – suspicion ou diagnostic d'IST, d'hépatite B ou C, ou de tuberculose – projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être faite lors de la 1re consultation prénatale et être réitérée au 6e mois de grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4e mois) – interruption volontaire de grossesse – première prescription d'une contraception – viol – à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération
Sur la base de données cliniques ou biologiques particulières
En cas de cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudogrippal prolongé ou atypique (pouvant faire craindre une primo-infection par le VIH), lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc.

Primo-infection : traiter immédiatement

Le traitement doit être proposé dans un délai court, inférieur à 1 semaine après confirmation de l'infection. Son initiation rapide réduit la durée de la phase symptomatique et l'intensité des symptômes. Elle protège le système immunitaire en diminuant l'hyperactivation immune, en préservant les réponses spécifiques et en restaurant ou en maintenant un niveau élevé de lymphocytes CD4, protecteur à long terme des comorbidités liées au VIH. Le traitement précoce réduit la durée de réplication virale (qui peut être majeure à ce stade) et son intensité, protège du risque de transmission virale au fœtus chez la femme enceinte.

Le schéma préférentiel comporte une association de 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse dont le ténofovir en l'absence d'insuffisance rénale et la lamivudine ou l'emtricitabine, associés à 1 inhibiteur de protéase. Cette association peut être modifiée ensuite selon les résultats du bilan préthérapeutique (avec génotype viral) et la tolérance initiale. Même si l'objectif virologique est, comme dans l'infection chronique, l'obtention d'une charge virale indétectable après 6 mois de traitement, le délai est souvent allongé. Le diagnostic d'échec virologique repose, dans ce contexte de charge virale préthérapeutique très élevée, sur la persistance d'une réplication virale détectable au seuil de 50 copies/mL à 12 mois de traitement.

▶ **Homosexuels masculins :**
– groupe le plus exposé : incidence estimée à 1 000 pour 100 000 ;
– logique de prévention dite combinée : préservatif, dépistage régulier, information des partenaires, traitement post-exposition, voire traitement préexposition ;
– adapter les messages préventifs (pratiques sexuelles) ;
– soutenir les associations communautaires et identitaires ;
– développer des approches de santé sexuelle (centres de dépistage ou d'information).

▶ **Migrants :**
– très exposés ;
– incidence chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne : 240 pour 100 000 ;
– soutenir le milieu associatif ;
– favoriser le dépistage près des lieux de vie et de rencontre, sensibiliser les médecins à proposer des tests de dépistage ;
– améliorer l'accès aux soins ;
– s'appuyer sur des médiateurs interculturels, poursuivre les efforts spécifiques d'information et de communication (par exemple, les personnes circoncises ne sont pas protégées contre l'infection). ●

L'auteur déclare être vice-président du Conseil national du sida et membre du groupe national d'experts, et n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Prolapsus mitral

Dysfonction valvulaire le plus souvent d'origine dégénérative.

Par **Helena Dossi, Alain Berrebi**, département de chirurgie cardiovasculaire, Hôpital européen Georges-Pompidou ; faculté de médecine Paris-Descartes, 75015 Paris.

Le prolapsus mitral est une dysfonction valvulaire : le bord libre d'un feuillet dépasse du plan de l'anneau mitral dans l'oreillette gauche, lors de sa fermeture, en systole (fig. 1). Il s'accompagne toujours d'une insuffisance mitrale (IM, reflux de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche, en systole).

Dans la ballonnisation, une partie du tissu valvulaire dépasse le plan de l'anneau alors que le bord libre du feuillet et la coaptation restent en avant du plan de l'anneau (fig. 1). La ballonnisation et le prolapsus de la valve mitrale doivent être différenciés, du fait d'une histoire naturelle complètement différente.

Le terme d'éversion (ou *flail ;* fig. 1C) peut être employé lorsqu'un des feuillets capote complètement dans l'oreillette gauche souvent par rupture de cordage. Il s'agit donc d'un prolapsus important, responsable d'une insuffisance mitrale sévère.

TRIADE PHYSIOPATHOLOGIQUE

Une étiologie (le plus souvent dégénérative : maladie de Barlow et dégénérescence fibro-élastique ; tableau 1) conduit à une lésion valvulaire (élongation ou rupture de cordage) qui aboutit à la dysfonction valvulaire, c'est-à-dire au prolapsus.[1]

Il existe des formes familiales transmises avec une hérédité autosomique dominante. Les variations génétiques seraient liées aux chromosomes 16, 11 et 13.

Le prolapsus mitral est plus fréquent en cas de syndrome de Marfan et autres pathologies du tissu conjonctif.[2]

L'IM est constante. Cette dernière peut se majorer, évoluant vers la chronicité. Tout d'abord, la dilatation de l'oreillette gauche (OG) est responsable de troubles du rythme supraventriculaire. Plus tardivement, l'IM importante à sévère induit une dilatation ventriculaire gauche puis, ultérieurement, une dysfonction systolique ventriculaire gauche. Ce tableau est à distinguer de celui d'une IM aiguë consécutive à une rupture de cordage ou de pilier. Cliniquement, elle se manifeste par un œdème aigu du poumon du fait de l'élévation brutale de pression.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

En l'absence d'IM importante, le patient est longtemps asymptomatique. L'auscultation cardiaque révèle un click mésosystolique suivi d'un souffle télésystolique d'IM. Le click est le résultat de la mise en tension de la partie prolabante de l'appareil sous-valvulaire dans l'oreillette gauche.

En cas de majoration progressive d'une insuffisance mitrale importante apparaissent des signes d'insuffisance cardiaque congestive gauche. À terme, une hypertension artérielle pulmonaire post-capillaire génère une insuffisance ventriculaire droite et ainsi, une insuffisance cardiaque globale. À l'auscultation : souffle holosystolique endapexien.

Une hyperexcitabilité auriculaire ou ventriculaire est possible. Des troubles du rythme supraventriculaire peuvent être responsables d'accidents vasculaires cérébraux, plus rarement de thrombo-embolies périphériques. La mort subite est une complication rare (< 2 % des patients avec IM sévère).

L'ECG est le plus souvent normal ou montre des anomalies non spécifiques. Le Holter rythmique peut être utile pour déceler des arythmies en cas de palpitations. Il n'est pas indispensable en routine chez les patients asymptomatiques

Si l'IM est aiguë, le tableau va du subœdème pulmonaire au choc cardiogénique.

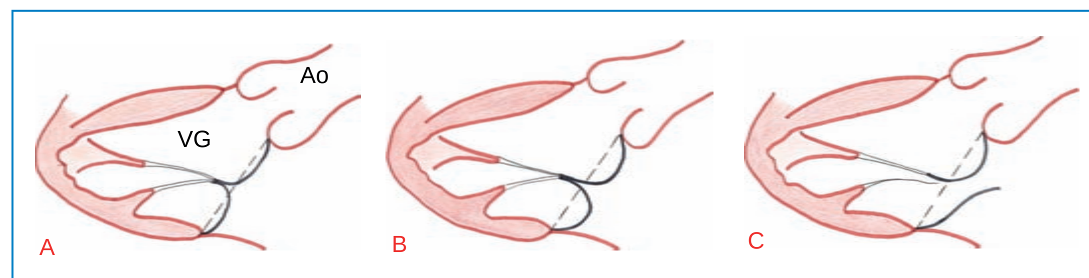


Fig. 1 – A : valve mitrale normale ; B : ballonnisation de la valve mitrale ; C : prolapsus de la valve mitrale. (Ao : aorte ; VG : ventricule gauche ; OG : oreillette gauche ; ---- : plan de l'anneau mitral.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Rappels anatomiques (fig. 2)

La valve mitrale est composée de 2 feuillets : **A :** antérieur, communément appelé grande valve, **P :** postérieur (petite valve mitrale). Ils sont séparés par 2 commissures, l'une antérolatérale (CA) proche de l'auricule gauche, l'autre postéro-interne (CP) proche de l'anneau tricuspide.

Chaque feuillet est divisé en 3 segments en allant de la CA vers la CP : P1 à P3 pour le feuillet postérieur et A1 à A3 pour le feuillet antérieur.

Chaque feuillet est amarré au VG par un appareil sous-valvulaire composé de 2 piliers, l'un antérieur, l'autre postérieur donnant les cordages pour chacune des moitiés correspondantes des 2 valves.

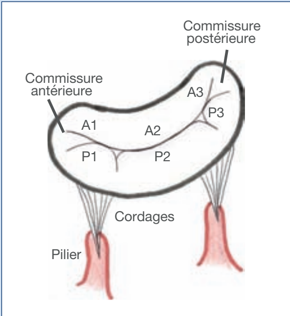


TABLEAU 1	CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE DE BARLOW ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE FIBRO-ÉLASTIQUE	
	Maladie de Barlow	**Dégénérescence fibro-élastique**
Anatomo-pathologie	• Excès de tissu conjonctif • Augmentation de l'épaisseur valvulaire	• Appauvrissement du tissu conjonctif • Amincissement du tissu valvulaire
Âge	< 50 ans	> 50 ans
Terrain	• Femme • Antécédent familial de maladie mitrale	• Pas d'antécédent familial
Antécédent	• Souffle ancien connu (plusieurs années)	• Découverte récente du souffle (quelques mois)
Échographie	• Valve épaisse avec excès tissulaire et ballonnisation • Prolapsus souvent étendu à plusieurs segments valvulaires • Calcifications valvulaires, annulaires • Dilatation de l'anneau importante	• Valve fine, sans excès tissulaire ni ballonnisation • Prolapsus limité à un seul segment valvulaire (P2) • Rupture de cordage fréquente • Anneau peu dilaté
Évolution	• Souvent progressive	• Révélation aiguë avec rupture de cordage

ÉCHOCARDIOGRAPHIE : EXAMEN CLÉ

Elle met en évidence le passage du bord libre du feuillet valvulaire, en systole, en arrière du plan de l'anneau, dans l'OG (fig. 3).

Elle localise précisément le prolapsus montrant les segments concernés pour chaque feuillet. Avec le doppler couleur on voit la régurgitation avec un jet directionnel vers le feuillet opposé au prolapsus (fig. 3). En cas de prolapsus bivalvulaire, le jet d'insuffisance mitrale est central.

Elle identifie les lésions : élongation ou rupture de cordage (écho caractéristique flottant dans l'OG, en arrière de la valve mitrale), rupture de pilier dans le prolapsus d'origine ischémique.

Différents critères quantitatifs (surface de l'orifice régurgitant [SOR], diamètre du jet à l'origine, volume régurgitant…) définissent des grades allant de 1 à 4, correspondant respectivement à une IM minime, modérée, moyenne et sévère.

En cas d'IM importante, elle analyse les dimensions du ventricule gauche, la fonction contractile, les pressions artérielles pulmonaires et la valve tricuspide qui doit être traitée dans le même temps opératoire en cas de dilatation importante de l'anneau tricuspide et/ou de fuite importante.

L'échographie transœsophagienne est réalisée en cas de mauvaise échogénicité ou pour étudier la faisabilité d'une réparation valvulaire. Depuis quelques années, la 3D permet une meilleure évaluation lésionnelle (fig. 3).

PRISE EN CHARGE

Les facteurs prédictifs péjoratifs les plus importants sont des symptômes, une fibrillation atriale, une IM sévère, une hypertension artérielle pulmonaire, une augmentation du diamètre télésystolique du VG et d'une altération de la fraction d'éjection.[3]

Traitement médical

L'abstention est de mise chez les patients asymptomatiques, sans IM importante.

Aucune restriction concernant le sport sauf en cas d'insuffisance mitrale importante, de troubles du rythme ventriculaire ou d'antécédents familiaux de mort subite. Si besoin, une épreuve d'effort dépiste une éventuelle hyperexcitabilité ventriculaire.

Une grossesse est tout à fait possible en l'absence d'IM importante.

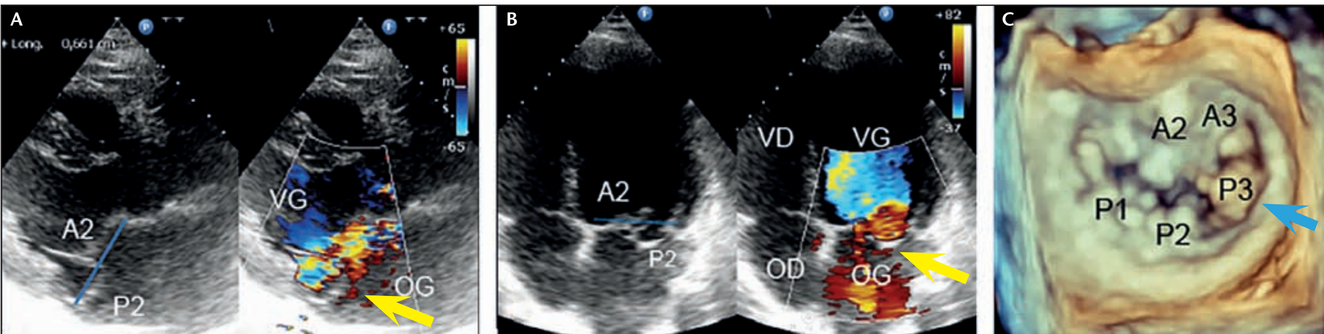


Fig. 3 – Échographie du prolapsus valvulaire mitral. A : prolapsus de P2 en coupe parasternale grand axe en échocardiographie transthoracique ; B : prolapsus de P2 en coupe apicale en échocardiographie transthoracique ; C : prolapsus de P3 en échographie transœsophagienne 3D. (OD : oreillette droite ; OG : oreillette gauche ; VD : ventricule droit ; VG : ventricule gauche ; A : feuillet antérieur, segments 1-2 et 3 ; P : feuillet postérieur segments 1-2 et 3 ; trait bleu : plan de l'anneau mitral).

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

À RETENIR

Le prolapsus n'est pas une maladie mais une dysfonction valvulaire, volontiers due à une dégénérescence myxoïde : maladie de Barlow et moins souvent une dégénérescence fibro-élastique.
Une insuffisance mitrale sévère grève le pronostic.
Aucune antibioprophylaxie de l'endocardite n'est nécessaire.
Le traitement médical est symptomatique, seule la chirurgie est curative : si possible une valvuloplastie.

Un traitement médical symptomatique est parfois utile. Des troubles du rythme peuvent nécessiter un anti-arythmique et les bêtabloquants sont privilégiés. Un trouble du rythme supraventriculaire indique une anticoagulation efficace par AVK. Les nouveaux anticoagulants n'ont pas l'AMM pour les troubles du rythme supraventriculaire d'origine valvulaire.[4]
Si dysfonction VG, un IEC est habituellement prescrit ainsi qu'un diurétique et un régime hyposodé en cas de signes congestifs.
Dans tous les cas, le traitement curatif d'un prolapsus valvulaire mitral avec régurgitation importante est chirurgical.

Chirurgie

Elle est indiquée en cas d'IM importante (tableau 2).[5]
Dans un bon nombre de cas, une réparation valvulaire mitrale est possible. La chirurgie réparatrice ne nécessite pas de traitement anticoagulant au long cours et réduit la morbi-mortalité.
Si elle n'est pas faisable, un remplacement valvulaire mitral est réalisé. Une prothèse mécanique est préférée à une bioprothèse chez un patient de moins de 65 ans n'ayant pas de contre-indication à un traitement anticoagulant au long cours et ce d'autant plus qu'il existe une autre indication à un anticoagulant. Quel que soit l'âge, le choix du patient est à prendre en considération.

TABLEAU 2 INDICATIONS CHIRURGICALES DANS L'IM SÉVÈRE ORGANIQUE

	Classe	Reco
Patients symptomatiques		
FEVG > 30 % et DTSVG < 55 mm	I	B
FEVG < 30 % et/ou DTSVG > 55 mm, résistant au traitement médical, peu de comorbidités et avec une haute probabilité de réparation durable	IIa	C
FEVG < 30 % et/ou DTSVG > 55 mm, résistant au traitement médical, peu de comorbidités et avec une faible probabilité de réparation durable	IIb	C
Patients asymptomatiques		
Dysfonction ventriculaire gauche (DTSVG ≥ 45 mm et/ou FEVG ≤ 60 %)	I	C
FEVG préservée avec apparition d'une fibrillation atriale ou une HTAP (PAPS ≥ 50 mmHg)	IIa	C
Fonction VG préservée, haute probabilité de réparation durable, risque chirurgical faible, éversion valvulaire et DTSVG ≥ 40 mm	IIa	C
Fonction VG préservée, haute probabilité de réparation durable, risque chirurgical faible, et : • dilatation de l'OG (≥ 60 mL/m²) en rythme sinusal ou • HTAP d'effort (PAPs ≥ 60 mmHg)	IIb	C

DTSVG : diamètre télésystolique du ventricule gauche ; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche ; HTAP : hypertension artérielle pulmonaire ; PAPs : pression artérielle pulmonaire systolique.
I : attitude communément admise ; IIa : discutée, admise par la majorité ; IIb : discutée, admise par une minorité.

Que dire à vos patients

Le prolapsus est le plus souvent bénin. Mais un suivi régulier est indispensable.
Une intervention chirurgicale n'est nécessaire qu'en cas d'insuffisance mitrale sévère.
Nécessité d'un dépistage familial.

Suivi

Selon les dernières recommandations européennes, aucune antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse n'est nécessaire en cas de prolapsus même si l'insuffisance mitrale est importante.[6]
Chez les patients asymptomatiques avec une insuffisance mitrale modérée et une fraction d'éjection préservée, le suivi doit être régulier. Il doit comporter une consultation cardiologique annuelle et une échocardiographie tous les 2 ans.
Chez les patients asymptomatiques avec IM importante, sans critère chirurgical, un suivi rapproché est indispensable. Ils doivent être vus tous les 6 mois et bénéficier d'une échocardiographie annuelle. Il est très important de poser l'indication opératoire précocement, sans attendre une dysfonction ventriculaire gauche irréversible. Le suivi est plus rapproché lors du diagnostic initial.
Le patient est informé qu'en cas d'apparition de symptômes, il doit consulter rapidement.
Enfin, un dépistage familial par échocardiographie est à réaliser chez les apparentés. ●

RÉFÉRENCES

1. Carpentier A. Cardiac valve surgery--the « French correction ». J Thorac Cardiovasc Surg 1983;86:323-37.
2. Padang R, Bagnall RD, Semsarian C. Genetic basis of familial valvular heart disease. Circ Cardiovasc Genet 2012;5:569-80.
3. Grigioni F, Tribouilloy C, Avierinos JF, et al. Outcomes in mitral regurgitation due to flail leaflets a multicenter European study. JACC Cardiovasc Imaging 2008;1:133-41.
4. HAS. Fibrillation atriale. Mai 2014.
5. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): the Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur J Cardiothorac Surg 2012;42:S1-44.
6. Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Eur Heart J 2009;30:2369-413.

Fig. 1 et 2 : S. El Batti, C. Latremouille, service de chirurgie cardiovasculaire. Dessins fournis par le département d'anatomie de Paris-Descartes.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Matthieu Vannesson, Michaël Bisch, Hervé Martini, François Paille***


Feuilles de coca

Bye bye cocaïne ?

Patrick, 39 ans, cocaïnomane, consulte pour prise en charge de sa pratique addictive. Gérant d'une entreprise, sa consommation remonte à 4 ans. Initialement festive, toujours par voie nasale, elle se majore depuis 2 ans pour devenir quotidienne avec 5 à 8 grammes par semaine. Ayant échoué à se sevrer seul et devant les conséquences financières, professionnelles et familiales de son addiction, il consulte.

Sa motivation au changement est évaluée à 10/10 à l'EVA. Il est fumeur depuis 20 ans (20 cigarettes par jour), consomme parfois du cannabis (1 à 2 joints par mois), et plus souvent de l'alcool (2 unités standard de vin par jour, volontiers 7 le week-end)…

Il est dirigé vers un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour sevrage hospitalier de 2 semaines. Un traitement par N-acétylcystéine (NAC) est débuté à 1 200 mg/j et majoré avant la sortie à 2 400 mg/j. Des messages sur la consommation d'alcool sont délivrés.

Le suivi après l'hospitalisation est pluridisciplinaire conjointement avec l'équipe du CSAPA. Le *craving* est évalué avec l'échelle CCQ-brief.[1] Après 3 mois, les scores sont restés bas (passés de 32/70 avant traitement à moins de 20/70) et le patient est « *clean* ». La NAC est progressivement arrêtée et le patient est perdu de vue. Après 2 mois, il reconsulte sentant les envies revenir (majoration du *craving*, confirmée par le score). La NAC est prescrite à dose de 2 400 mg/j. À 6 mois, le patient n'a pas reconsommé.

DISCUSSION

Selon les chiffres de l'OFDT en 2011, 1 500 000 Français ont déjà expérimenté la cocaïne dont 400 000 dans l'année. Contrairement aux idées reçues, elle touche surtout les hommes jeunes au chômage, les étudiants et, parmi la population active occupée, les artisans.

Le nombre d'overdoses, bien que faible, tend à devenir supérieur à celui de l'héroïne dans certains pays d'Europe. Les complications aiguës sont surtout vasculaires avec un risque de syndrome coronaire aigu identique d'une prise à l'autre (pas de tolérance). À long terme, les conséquences sont nombreuses, tant somatiques (infectieuses, neurologiques, ORL…) que psychiatriques ou sociales, financières, familiales…

La prise en charge de la dépendance à la cocaïne doit être globale (co-addictions dont l'alcool) et pluridisciplinaire (médicale, psychosociale).[2] Aucun médicament n'a d'AMM actuellement. La N-acétylcystéine est citée comme piste d'aide au sevrage et de réduction du *craving*, tandis que le topiramate et le disulfiram préviendraient la rechute. D'autres traitements potentiels sont à l'étude : immunothérapie, baclofène, naltrexone, modafinil, ou encore une approche substitutive avec le méthylphénidate et la D-amphétamine.

Dans 2 essais cliniques de faible puissance, la NAC a réduit le *craving* mais surtout prévenu la rechute avec une relation dose-effet.[3,4] Chez l'animal, la cocaïne perturbe l'homéostasie du glutamate dans le noyau accumbens (qui joue un rôle central dans le circuit de la récompense) et la NAC permet de la restaurer.[5]

Mucolytique utilisé dans certaines pathologies respiratoires, antidote du paracétamol, la NAC a de nombreuses autres applications comme la néphroprotection ou la cicatrisation cornéenne. Très bien tolérée, elle n'est contre-indiquée qu'en cas d'intolérance à l'un de ses composants. Son rapport bénéfices/risques semble donc favorable, les effets indésirables étant essentiellement digestifs et non graves.

Sa forme la plus classique est orale : poudre pour solution buvable en sachet de 200 mg. Non remboursée, son prix moyen est de 3,50 euros les 20 sachets. Une fois ingérée, sa biodisponibilité est faible (4 à 10 %) avec un passage de la barrière hémato-encéphalique non connu. Métabolisée en cystéine puis cystine, elle met en marche un échangeur extrasynaptique cystine-glutamate des cellules gliales au niveau du noyau accumbens. L'augmentation du glutamate extrasynaptique qui en résulte permet une restauration de l'homéostasie glutamatergique.

C'est une piste prometteuse dans la dépendance à la cocaïne. Des études de plus haut niveau de preuve sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse. ●

* Service de médecine L-addictologie, CHU Brabois, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex. **m.bisch@chu-nancy.fr**

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Karila L, Seringe E, Benyamina A, Reynaud M. The reliability and validity of the French version of the Cocaine Craving Questionnaire-Brief. Curr Pharm Des 2011;17:1369-75.

2. HAS. Recommandations de bonne pratique. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Février 2010.

3. LaRowe SD, Kalivas PW, Nicholas JS, Randall PK, Mardikian PN, Malcolm RJ. A double-blind placebo-controlled trial of N-acetylcysteine in the treatment of cocaine dependence. Am J Addict 2013;22:443-52.

4. Schmaal L, Veltman DJ, Nederveen A, van den Brink, Goudriaan AE. N-acetylcysteine normalizes glutamate levels in cocaine-dependent patients: a randomized crossover magnetic resonance spectroscopy study. Neuropsychopharmacology 2012;37:2143-52.

5. Kupchik YM, Moussawi K, Tang XC, et al. The effect of N-acetylcysteine in the nucleus accumbens on neurotransmission and relapse to cocaine. Biol Psychiatry 2012;71:978-86.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Évaluation gériatrique standardisée

Par **Camille Rousseau,** service de gériatrie, CHU de Rennes, 35033 Rennes Cedex. **camille.rousseau@chu-rennes.fr**

Processus diagnostique multidimensionnel interdisciplinaire cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans ses dimensions médicale, psychologique et de capacité fonctionnelle.
Objectif : développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi au long cours.[1]

Quels éléments évaluer ?

Santé physique :
– multimorbidité, en analysant la sévérité et l'équilibre de chaque pathologie ;
– iatrogénie, en repérant les traitements ayant des effets indésirables potentiellement invalidants, les médicaments non indiqués (psychotropes, anti-arythmiques...), ceux à la mauvaise posologie, ou manquants (bisphosphonates, AVK...) ;
– syndromes gériatriques synonymes de fragilité : dénutrition, chutes, épisodes confusionnels, désafférentation sensorielle, syndromes douloureux.
Statut fonctionnel (mobilité, continence et prise des repas).
Santé psychologique, cognitive.
Environnement social, statut économique, situation administrative.
Conditions de vie (environnement, aides techniques et humaines, sécurité...).
Besoins spirituels éventuellement.

Par qui, comment ?

Une équipe expérimentée : ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne, infirmière, gériatre, psychologue, assistante sociale...

TABLEAU 1 QUELQUES OUTILS

Élément à évaluer	Outil(s) existant(s)
Iatrogénie	Critères de Beers Ou STOPP-START[2]
Dénutrition	*Mini Nutritional Assessment* (MNA)
Statut fonctionnel	Échelles *Activity of Daily Living* (ADL) et *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL)
Santé psychologique	*Geriatric Depression Scale* (GDS)
Santé cognitive	Le *Mini Mental State Examination* (MMSE) ± les 5 mots de Dubois, ± le test de l'horloge
Équilibre et marche	*Timed up and go test,* vitesse de marche, appui monopodal

TABLEAU 2 GRILLE DE REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN MÉDECINE GÉNÉRALE[3]

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL ⩾ 5 /6), à distance de toute pathologie aiguë

Dépistage	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	❏	❏	❏
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	❏	❏	❏
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	❏	❏	❏
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois	❏	❏	❏
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	❏	❏	❏
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	❏	❏	❏
Si vous avez répondu oui à une de ces questions :	❏	❏	❏
Votre patient vous paraît-il fragile :	❏ Oui ❏ Non		
Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour	❏ Oui ❏ Non		

Composition variable... mais importance de la pluridisciplinarité +++. Pour un recueil d'informations exhaustif : on fait appel au médecin traitant ou au minimum à l'aidant principal.
De nombreuses échelles sont utilisables mais il faut savoir s'en détacher (tableau 1).

Où ?

Dans les services de gériatrie : au cours d'une hospitalisation en médecine aiguë, en soins de suite et de réadaptation ou lors d'un passage en hôpital de jour.
Mais aussi grâce aux équipes mobiles, aux urgences, dans un autre service, en consultation d'oncogériatrie, en EHPAD ou même à domicile en fonction de la filière gériatrique du secteur.

Pour qui ?

Personnes âgées fragiles, notamment si : chutes à répétition, perte d'autonomie inexpliquée, syndrome confusionnel, amaigrissement, hospitalisations à répétition...
Des échelles aident les médecins non gériatres à repérer les patients pouvant en bénéficier (tableau 2, encadré, page suivante).

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Test d'alerte gériatrique[4]

Une réponse positive aux items suivants justifie une évaluation gériatrique standardisée.

❶ Votre patient a-t-il consulté ou été hospitalisé pour une chute dans les 3 derniers mois ?	❏ Oui	❏ Non
❷ Votre patient a-t-il perdu du poids ou n'a-t-il pas d'appétit ?	❏ Oui	❏ Non
❸ Votre patient a-t-il des difficultés pour voir ou entendre ?	❏ Oui	❏ Non
❹ Votre patient a-t-il besoin d'aide dans la vie quotidienne ?	❏ Oui	❏ Non
❺ Votre patient a-t-il une altération des fonctions cognitives ?	❏ Oui	❏ Non
❻ Votre patient a-t-il besoin d'un avis gériatrique pour une ou plusieurs autres raisons que celles citées précédemment ?	❏ Oui	❏ Non

Citez la (les) : ....

....

Quels bénéfices ?

Meilleure précision diagnostique, optimisation du traitement médical, amélioration du pronostic et de la qualité de vie, restauration ou maintien du statut fonctionnel en proposant un support adéquat à la perte d'autonomie. Bénéfice prouvé au cours des hospitalisations seulement.[1] ●

L'essentiel

- **Apprendre à repérer** les patients pouvant bénéficier de l'EGS afin de les orienter en hôpital de jour gériatrique.
- **Participer à l'ensemble** de l'expertise.
- **Favoriser l'application** et le suivi du projet thérapeutique.

RÉFÉRENCES

1. Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gérontologique globale : où en est-on ? Rev Med Interne 2013;34:114-22.

2. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, et al. STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Can J Public Health 2009;100:426-31.

3. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, et al; Platform Team. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plate-forme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. J Nutr Health Aging 2012;16:714-20.

4. Sonnic A, Pistorius MA, Delamarre-Damier F, De Decker L, Planchon B, Berrut G. Validation d'un outil d'orientation vers une évaluation gériatrique standardisée en consultation de spécialité non gériatrique : le test d'alerte gériatrique. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011;9:429-35.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

D'AUTRES REINS QUE LES MIENS

Yvanie Caillé, Frank Martinez. Le Cherche Midi, 2015, 232 pages, 19 euros.



Ce livre est magnifique, et bien qu'il s'adresse à un large public il devrait être lu en première instance par tous les médecins amoureux de leur métier. Son originalité est de raconter l'histoire de l'évolution récente, moins de 60 ans, du traitement de l'insuffisance rénale terminale, non via une description scientifique et chronologique mais au travers du témoignage de ceux qui l'ont vécue. Il relate d'une part les petits et grands pas de cette prise en charge, d'autre part les joies, angoisses et drames que ces innovations plus ou moins imposées ont induit chez les malades, et enfin les luttes de pouvoir, certitudes et incertitudes des médecins pionniers, qui n'ont pas toujours servi les malades... Ce livre est poignant car certains praticiens y font part de leurs difficultés, de leurs doutes, voire de leur combat pour assurer une vie pas trop mauvaise à leurs malades… Surtout ces derniers y décrivent leurs difficultés au jour le jour, leurs souffrances tant morales que psychiques, leur sensation d'enfermement dans la dialyse… Mais on découvre aussi leur volonté de vivre, leurs espoirs notamment dans la greffe, leur force de caractère, leur reconnaissance, leur courage ; tout cela exposé avec une grande dignité. Ce livre est capital enfin, car il marque un tournant dans la relation médecin-patient et dans ce qu'il est convenu d'appeler la démocratie sanitaire. Les malades refusent d'être infantilisés et pris en otage par le pouvoir médical, ils veulent parler d'égal à égal, ils connaissent leur maladie et ses conséquences mieux que le médecin, car ils la vivent dans leur chair. Ils veulent certes être soignés mais aussi être informés clairement et honnêtement, libres de leurs décisions. Ils souhaitent pouvoir faire confiance à leur thérapeute, sans être jugés voire réprimandés… Cette pétition de principe est parfaitement développée notamment dans le témoignage de Régis Volle et d'Odile pour les malades et dans celui d'Élisabeth Tomkiewicz et Janine Bédrossian côté médecins. À lire et à conseiller sans modération mais aussi à discuter jusqu'à conviction.

Alain Tenaillon

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par R. Cabry-Goubet, F. Scheffler, E. Lourdel, N. Belhadri, A. Receveur, I. Maerten, A. Devaux, M. Benkhalifa, H. Copin, P. Merviel*

AMP avec don d'ovocytes

En 2012, 422 femmes ont fait un don d'ovocytes et 164 enfants sont nés ensuite par assistance médicale à la procréation en France.[1]

L'assistance médicale à la procréation (AMP) avec don d'ovocytes est pratiquée en France au sein des CECOS (centre d'études et de conservation des œufs et du sperme) depuis la loi de bioéthique de 1994, révisée en 2004 et 2011. Comme celui de sperme, ce don est gratuit, volontaire et anonyme. Cependant, le nombre de donneuses est insuffisant[2] par rapport aux couples en attente, ce qui est à l'origine d'un tourisme procréatif important vers des pays où les conditions légales sont différentes (Espagne, Grèce, République tchèque).[3] Gynécologues et médecins traitants ont une obligation d'information sur cette pratique.[4]

Pour qui ?

Le don d'ovocytes est indiqué chez les patientes ovarioprives : en cas d'agénésies ovariennes (ovaires « en bandelettes » observés dans le syndrome de Turner) ou d'insuffisances ovariennes prématurées. Les causes sont multiples : iatrogènes (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie ou administration d'iode radioactif), auto-immunes (lupus, diabète de type 1), génétiques (syndrome de l'X fragile par exemple), virales (ovarites à CMV ou virus ourlien) ou idiopathiques (liées à des facteurs environnementaux). Des pathologies pelviennes comme l'endométriose peuvent avoir un retentissement ovarien.

Certaines femmes non ovarioprives sont également concernées, notamment celles atteintes d'insuffisance ovarienne débutante (absence ou faible réponse au cours d'un traitement de fécondation in vitro [FIV]) ou susceptibles de transmettre une pathologie grave (indications génétiques). Cependant, le diagnostic préimplantatoire (DPI) permet désormais de détecter la maladie en cause chez les embryons obtenus au cours d'une tentative de FIV. Ainsi, seules les affections d'origine mitochondriale (transmission de la pathologie à toute la descendance), non accessibles au DPI, restent une indication de don d'ovocytes.

* Médecine et biologie de la reproduction, cytogénétique et CECOS de Picardie, CHU Amiens, 80054 Amiens Cedex 1.
cabry.rosalie@chu-amiens.fr

Receveurs : quelles obligations ?

Le couple est reçu en consultation par une équipe multidisciplinaire impliquant :
- un gynécologue : information sur la loi, recueil des éléments justifiant l'indication de prise en charge, explication des démarches à faire avant le don (certificat de consentement à l'AMP avec tiers donneur à établir devant un notaire ou un juge du tribunal de grande instance), du protocole de traitement, de ses contraintes, de ses aléas et des alternatives (adoption) ;
- un biologiste : explications sur les modalités de traitement des ovocytes, des spermatozoïdes et des embryons au laboratoire ;
- un généticien : précisions sur le type d'enquête et les examens génétiques réalisés chez la donneuse ;
- un psychologue.

À l'issue de ces entretiens, un consentement initial spécifique est signé.

Examens à pratiquer : bilan sanguin (groupe, rhésus, sérologies virales et bactériennes, frottis cervico-vaginal, échographie pelvienne, hystéroscopie avec biopsie d'endomètre, spermogramme, spermocytogramme et spermoculture).

Le dossier est ensuite validé au cours d'une réunion de concertation multidisciplinaire pendant laquelle on procède à l'appariement avec la donneuse, choisie par rapport aux caractéristiques physiques et biologiques du couple receveur. Ce dernier est alors reçu une seconde fois pour signature du renouvellement du consentement et remise des ordonnances en vue de la phase de traitement.

Donneuses : quelles démarches ?

Peut devenir donneuse toute femme majeure (hors allaitement ou post-partum immédiat) :
- âgée de moins de 37 ans ;
- sans antécédents médicaux contre-indiquant une stimulation ou une ponction ovarienne ni facteurs de risque de transmission de pathologies génétiques ;
- ayant au moins un enfant vivant (condition retirée lors de la révision de la loi de bioéthique en 2011,[3] cependant pas de décret d'application publié à ce jour, donc non encore en vigueur dans les CECOS).

Les frais occasionnés par le don sont pris en charge sur justificatifs.

Une consultation multidisciplinaire est préconisée, avec :
- un gynécologue : information sur la loi, recueil des antécédents, explications sur les démarches à réaliser, le protocole de traitement, ses contraintes et ses risques, et sur l'éventuelle modification de la contraception en cours ;
- un biologiste : modalités de traitement des ovocytes au laboratoire ;
- un généticien : recherche des facteurs de risque de transmission de pathologies génétiques ;
- un psychologue.

Un consentement initial spécifique est signé à l'issue de ces premiers entretiens.

Examens : bilan sanguin (groupe, rhésus, sérologies virales et bactériennes, bilan de coagulation et hormonal de réserve ovarienne, frottis cervico-vaginal, mammographie, échographie pelvienne avec compte des follicules antraux, caryotype sanguin).

Après la réunion de concertation multidisciplinaire (*cf. supra*), la donneuse est reçue une seconde fois pour signature du renouvellement du consentement, remise des ordonnances et consultation pré-anesthésique.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- ➜ **Le don d'ovocytes est gratuit, anonyme et volontaire.**
- ➜ **La ponction est réalisée au bloc opératoire** en hôpital de jour après une stimulation ovarienne.
- ➜ **Les patientes receveuses** bénéficient d'un traitement de préparation endométriale.
- ➜ **En France, 2 110 couples sont en attente d'un don** (délai : entre 3 et 5 ans).

Protocole en cycle synchronisé

La stimulation ovarienne, qui dure généralement 10 à 12 jours, repose sur l'injection par voie sous-cutanée de FSH ± LH ou de HmG (*Human menopausal Gonadotrophin*) (infirmière à domicile ou auto-administration). Pendant cette période, 3 à 4 prises de sang (bilans hormonaux) et échographies ovariennes permettent l'adaptation du traitement ; un antagoniste de la GnRH peut être utilisé afin d'éviter une ovulation prématurée. L'injection IM d'hCG déclenche l'ovulation.



Fig. 1 – Échographie d'ovaires hyperstimulés.

En parallèle, on administre à la receveuse un traitement de préparation de l'endomètre à base d'estrogènes *per os*. Si besoin, un blocage des règles est obtenu *via* l'injection d'un agoniste de la LH-RH au préalable (avant la stimulation ovarienne chez la donneuse).

La ponction ovocytaire (prélèvement des ovocytes) s'effectue au bloc opératoire sous anesthésie générale ou neuro-analgésie, avec contrôle échographique constant par voie transvaginale. L'hospitalisation est ambulatoire (surveillance pendant 4 à 6 heures après l'intervention). Les ovocytes sont ensuite mis en fécondation par technique d'ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde) avec les spermatozoïdes du conjoint de la receveuse recueillis le jour même.



Fig. 2 – Mise en fécondation par technique d'ICSI.

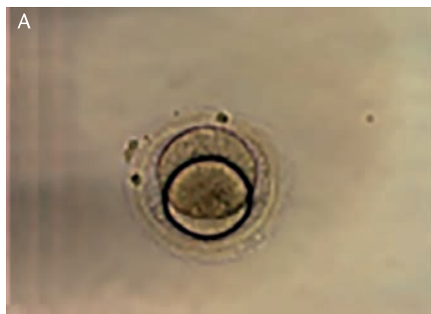




Fig. 3 – Développement embryonnaire. A : au stade de 2 *pronucléi* (J1) ; B : 4 cellules (J2).

Les embryons sont mis en culture dans des milieux spécifiques, jusqu'au 2e ou 3e jour de développement. Le nombre d'embryons transférés est décidé au cas par cas (discussion entre l'équipe clinico-biologique et le couple). Les embryons surnuméraires peuvent être congelés s'ils sont de bonne qualité. Le transfert est réalisé après aspiration dans un cathéter spécifique et replacement intra-utérin. C'est un acte non douloureux nécessitant par la suite un repos de 15 à 20 minutes. Le traitement de la receveuse est modifié à partir du soir de la ponction de la donneuse : il associe estrogènes et progestatifs.

Complications potentielles du don

La patiente est informée des risques d'hyperstimulation ovarienne, se traduisant par des douleurs abdominales avec ascite. Certaines formes sévères peuvent nécessiter une hospitalisation (risque d'embolie pulmonaire). Des complications de la ponction ovocytaire (hémorragies, infections) ou de l'anesthésie sont possibles, ainsi que des grossesses non désirées.

Cas particulier : syndrome de Turner

Chez ces patientes, les complications de la grossesse sont fréquentes : dissection aortique, fausses couches spontanées au 1er trimestre, prématurité, HTA gravidique et diabète gestationnel. D'après les recommandations du Collège national de gynécologie et d'obstétrique français (CNGOF) de 2009, toute patiente turnérienne ayant un désir d'enfant doit bénéficier d'un bilan cardiaque spécialisé, incluant une IRM aortique (mesure du diamètre aortique) et une échographie cardiaque (recherche de malformations). Il est impératif que le transfert soit mono-embryonnaire afin d'éviter une grossesse multiple. Un suivi cardiaque est préconisé pendant la gestation, et l'accouchement doit avoir lieu dans une maternité de niveau 3 équipée d'un service de chirurgie cardiaque et de réanimation pédiatrique. ●

RÉFÉRENCES

1. http://www.dondovocytes.fr/
2. Aballea P, Burstin A, Guedj J, Maysonnave C. État des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France. Rapport IGAS RM2011-024P. Paris: 2011; 206 p.
3. Merlet F, Sénémaud B. Prise en charge du don d'ovocytes : réglementation du don, la face cachée du tourisme procréatif. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2010;38:36-44.
4. Loi n° 2011-814 du code de santé publique. Loi de bioéthique. Juillet 2011 ; article 1244-9.

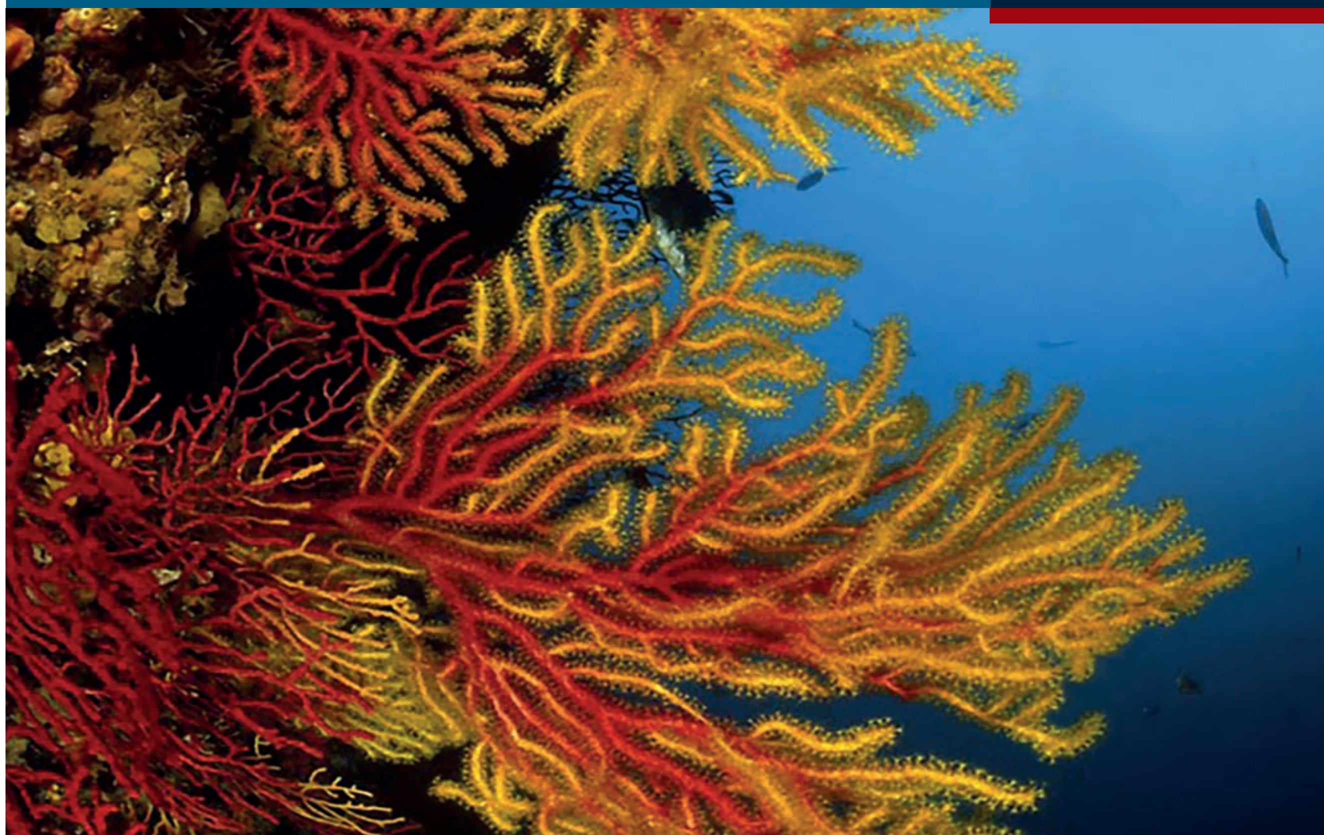
POUR EN SAVOIR PLUS

- www. agence-biomedecine.fr
- Il est possible de commander des plaquettes d'informations spécifiques sur le don d'ovocytes. Numéro vert d'informations : 0800 541 541
- Site des CECOS : www.cecos.org

Figures 1 et 2 : service de médecine et biologie de la reproduction du CHU d'Amiens.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



SOMMAIRE

ASTHME DE L'ADULTE (1)

Démarche diagnostique et étiologique.

Par **Sergio Salmeron*, Jean-Luc Jagot*, Christine Beuzelin*, Michel Lafay*, François Bargat*, Stéphane Jouveshomme*, Antoine Magnan****
* Service de pneumologie, allergologie et oncologie thoracique, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, 75014 Paris.
** Institut du thorax, hôpital Nord Laennec, 44093 Nantes Cedex 1.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes impliquant de nombreuses cellules et facteurs cellulaires. L'inflammation chronique est liée à une hyperréactivité bronchique (HRB) qui provoque des épisodes récidivants de sifflements, de toux, de dyspnée et d'oppression thoracique, particulièrement au cours de la nuit ou au petit matin. Ces symptômes sont habituellement associés à une obstruction bronchique diffuse de degré variable et réversible, au moins partiellement, spontanément ou sous traitement.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'asthme touche environ 300 millions de personnes dans le monde, avec de grandes disparités entre les zones géographiques (18 % en Nouvelle-Zélande). La prévalence est en augmentation depuis plusieurs années dans la majorité des pays, en particulier chez l'enfant et l'adulte jeune. En France, la prévalence cumulée est de 8 % dans la population générale, dont 6 % ont eu des symptômes au cours des 12 derniers mois (prévalence « actuelle ») ; elle est de 10-15 % chez les moins de 24 ans. On évoque le rôle de l'environnement domestique et extérieur, l'hygiène, l'action conjuguée de la pollution atmosphérique et du tabagisme sur la sensibilisation aux pneumallergènes communs. Cependant, une tendance à la baisse est observée en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest.

En parallèle, dans plusieurs pays, et plus récemment en France, la mortalité associée diminue. On l'explique, au moins en partie, par l'impact des programmes de prévention et surtout par l'utilisation croissante des corticoïdes inhalés. En France, on compte actuellement 1 000 décès par an, dont la majorité sont évitables, justifiant des mesures de prévention.

ORIGINE MULTIFACTORIELLE

Cette maladie complexe survient chez des sujets prédisposés génétiquement, sous l'influence de facteurs liés à l'environnement.

De nombreux gènes de susceptibilité et polymorphismes ont été identifiés. L'interaction de

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

plusieurs gènes, impliqués dans l'atopie, l'hyperréactivité bronchique, la production de médiateurs de l'inflammation (cytokines, chemokines, facteurs de croissance) et l'orientation Th2 du système immunitaire associée à l'inflammation de type allergique, est nécessaire à son développement.

Parmi eux, l'atopie est le facteur prédisposant le plus important. C'est l'aptitude à produire des anticorps IgE spécifiques en réponse à des allergènes de l'environnement. La prévalence de l'asthme augmente avec le taux d'IgE. Cependant, l'association avec l'atopie n'est pas obligatoire et concerne seulement une fraction des sujets. Bien que ces 2 affections puissent être héritées de manière indépendante, leur coïncidence chez un même individu augmente de 2 à 3 fois le risque d'asthme dans sa descendance.

De plus, les études pharmacogénétiques ont démontré que certains gènes peuvent modifier la réponse thérapeutique aux β2 agonistes, d'autres celle aux corticoïdes inhalés ou aux antileucotriènes.

Des variabilités existent selon le sexe et l'ethnie. Avant 14 ans, l'asthme est près de 2 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, probablement à cause d'une différence du calibre et du tonus des voies aériennes, qui s'estompe ensuite avec la croissance. En effet, chez l'adulte, la femme est plus touchée. Un pic de fréquence est observé à la ménopause.

La prévalence élevée dans certaines populations d'Australie ou des États-Unis a fait évoquer la contribution d'un facteur ethnique ; cependant, l'impact des conditions socio-économiques et environnementales doit être souligné.

Chez les sujets obèses (IMC > 30 kg/m²), l'asthme est plus fréquent et plus difficile à contrôler. L'obésité précède généralement son apparition. Des facteurs mécaniques (diminution de capacité résiduelle fonctionnelle et du volume de réserve expiratoire), endocriniens et pro-inflammatoires sont probablement en jeu. Les adipocytes libèrent plusieurs médiateurs de l'inflammation (IL6, TNFα, leptine, éotaxine…).

Certains facteurs liés à l'environnement provoquent une sensibilisation des voies aériennes et le déclenchement de la maladie. Ces allergènes inhalés, ou pneumallergènes, présents parfois en quantité minime, agissent essentiellement *via* un mécanisme IgE spécifique (encadré 1).

Le tabagisme concerne près d'un tiers des asthmatiques. Il est associé à un déclin accéléré de la fonction respiratoire chez l'adulte mais également à la gravité de l'asthme. Outre son rôle irritant, le tabac inactive l'effet des corticoïdes inhalés et oraux, affectant le contrôle de la maladie. Pendant la grossesse, il favorise le développement de l'asthme chez l'enfant.

Les facteurs professionnels sont une cause importante et sous-estimée chez l'adulte : ils sont impliqués dans environ 10 % des cas. Après une latence de plusieurs mois ou années, la relation entre les exacerbations et l'exposition est le plus souvent évidente. Cependant, l'arrêt n'est pas toujours suivi de la disparition de l'asthme.

Les mécanismes sont soit allergéniques (farine de blé, poussière de bois exotiques, isocyanates des peintures automobiles, latex, persulfates employés par les coiffeurs), soit toxiques ou irritatifs (désinfectants, produits de nettoyage, formaldéhyde…).

Le rôle des facteurs infectieux est discuté. Chez l'enfant jeune, le virus respiratoire syncytial (VRS) et le virus *para-influenzæ* peuvent provoquer des bronchiolites. Certaines études ont montré que

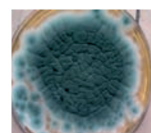
1. Pneumallergènes domestiques et atmosphériques

➤ Acariens (de la poussière de maison) : allergènes les plus communs, clairement impliqués dans l'asthme ; relation étroite entre symptômes et niveau d'exposition. Leur développement est favorisé par une atmosphère humide et chaude. La souche *Dermatophagoides pteronyssinus* est le plus souvent en cause, mais d'autres espèces telles que *D. farinæ* et *Euroglyphus maynei* le sont également.

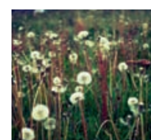
➤ Allergènes d'origine animale : le chat est très sensibilisant, pouvant induire des crises graves. L'allergène principal est le Fel d1 présent sur les poils, provenant des glandes sébacées et de la salive. Les chiens sont moins allergisants (antigène Ca d1 dans la salive). Les rongeurs sont impliqués particulièrement chez l'enfant (contact souvent très étroit) ; les allergènes principaux sont d'origine urinaire.

➤ Allergènes de blattes ou cafards : ils jouent un rôle important notamment dans les régions chaudes et humides et probablement dans certains groupes ethniques.

➤ Moisissures et levures : importante source d'allergènes (*Aspergillus*, *Penicillium* et *Candida*). Leur concentration est augmentée par la chaleur et l'humidité.



➤ Pollens (essentiellement ceux transportés par le vent - anémophiles) : en cause dans l'asthme à recrudescence saisonnière. Les calendriers polliniques identifient les végétaux sensibilisants dans une région donnée.



➤ Moisissures de l'environnement : en particulier les Deutéromycètes (*Alternaria*, *Aspergillus fumigatus* et *Cladosporium*). Les spores, présentes dans l'environnement extérieur, sont dispersées par le vent, surtout dans les périodes chaudes et humides. La sensibilisation à *Alternaria* est considérée comme un facteur de risque d'asthme mortel.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

près de 40 % de ces enfants continuent à « siffler » ou avoir de l'asthme. D'autres auteurs évoquent un rôle protecteur des infections lors de la petite enfance (hypothèse « hygiéniste »), par l'orientation du système immunitaire vers une réponse Th1.

La pollution a été également incriminée :

– ***domestique :*** allergènes d'acariens mais également agents irritants (CO, CO_2, SO_2, formaldéhyde) générés par la cuisson et le chauffage, ainsi que contenus dans les revêtements intérieurs. Un conseiller en environnement intérieur peut être consulté ;
– ***atmosphérique :*** particules de SO_2 liées à la pollution industrielle, ozone, NO. Ils sont probablement en partie responsables de l'augmentation de la prévalence et des hospitalisations pour asthme dans les régions urbaines.

2. Questions simples chez un patient se plaignant de sifflements ou d'essoufflement

- ➔ Gêne au cours de certaines activités, comme pratiquer un sport ou courir après un bus par exemple, à la maison ou au travail ?
- ➔ Essoufflement ou oppression thoracique lors de la montée de 2 ou 3 étages ou lors de la marche ou au repos ?
- ➔ Réveils nocturnes ou plus tôt que d'habitude par : toux, essoufflement, oppression, sifflements, douleur dans la poitrine ?
- ➔ Utilisation fréquente de l'inhalateur de bronchodilatateur ?
- ➔ Fatigue fréquente pour des efforts peu importants ?
- ➔ Gêne au téléphone intriguant les interlocuteurs : *« C'est bizarre, tu as l'air essoufflé »* ?
- ➔ Présence d'une ou plusieurs bronchites qui se prolongent par une toux ou des quintes de toux pendant plusieurs semaines ?

PHYSIOPATHOLOGIE

L'inflammation bronchique est quasi constante, générant des signaux qui provoquent la contraction du muscle lisse bronchique et les symptômes. Les mécanismes sont complexes (immunologiques et non immunologiques), impliquant le recrutement de cellules inflammatoires (éosinophiles, lymphocytes, neutrophiles) et la libération de médiateurs bronchoconstricteurs (histamine, leucotriènes cystéinés, prostaglandines...).

Le remodelage bronchique correspond à des modifications structurelles des voies aériennes consécutives à l'inflammation chronique, pouvant aboutir à une obstruction fixée de ces dernières. Il se traduit par une fibrose sous-épithéliale, une augmentation de la quantité de muscle lisse bronchique (hypertrophie et hyperplasie), une prolifération vasculaire et une hypersécrétion de mucus.

L'hyperréactivité bronchique (HRB) est la réduction excessive du calibre bronchique en réponse à des stimuli variés, qui n'auraient pas de conséquence chez une personne non asthmatique. Elle provoque l'obstruction des voies aériennes et les symptômes. Son degré est corrélé à la sévérité de la maladie. Elle peut être évaluée en réalisant une courbe dose-réponse, si la fonction pulmonaire est normale : on mesure la diminution du VEMS après inhalation de doses croissantes d'un agent bronchoconstricteur, le plus souvent métacholine ou histamine. Ce test de provocation est positif lorsque le VEMS chute de plus de 20 % par rapport à la valeur de base (la PD20 est la dose de médicament correspondant). Une valeur basse de la PD20 caractérise les asthmatiques non contrôlés.

La variabilité des symptômes et de l'obstruction bronchique est largement liée aux variations de l'HRB. Cette dernière est augmentée (bronches « plus sensibles ») en cas d'infection virale des voies aériennes, sinusienne ou bronchique, d'exposition allergénique importante, de reflux gastro-œsophagien (RGO) et au décours d'un asthme aigu grave. En revanche, l'HRB est diminuée (bronches « protégées ») en cas d'éviction des facteurs favorisants (allergènes, tabac, irritants...), mais surtout et au long cours par le traitement de fond de l'asthme, les corticoïdes inhalés et les antileucotriènes.

DIAGNOSTIC ET EXPLORATIONS

L'asthme se manifeste typiquement par des épisodes paroxystiques et récidivants de dyspnée sifflante, d'oppression thoracique et de toux. Ces symptômes, bien que caractéristiques, ne sont toutefois pas spécifiques et peuvent témoigner d'autres affections respiratoires ou cardiaques. L'interrogatoire est important (encadré 2). Certains éléments orientent le clinicien (tableau 1).

Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) sont fondamentales. La spirométrie a pour

TABLEAU 1 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

En faveur du diagnostic d'asthme (↑probabilité)	Diminuent la probabilité du diagnostic
• Plus d'un des symptômes suivants : respiration sifflante, oppression thoracique, essoufflement, toux, en particulier si : – plus marqués la nuit et tôt le matin – surviennent à l'exercice, l'exposition aux allergènes et l'air froid – apparaissent après la prise d'aspirine ou de bêtabloquants • Manifestations d'atopie (rhinite, conjonctivite, eczéma…) • Antécédents familiaux d'asthme et/ou d'atopie • Sibilants diffus à l'auscultation pulmonaire • Diminution inexpliquée du VEMS ou du DEP (lectures historiques ou répétées) • Éosinophilie inexpliquée	• Étourdissements, sensation de malaise, picotements périphériques • Toux productive chronique en l'absence de respiration sifflante ou d'essoufflement • Examen physique (auscultation) normal à plusieurs reprises en présence des symptômes • Perturbations de la voix • Symptômes survenant uniquement lors des infections des voies aériennes supérieures • Antécédents de tabagisme important (> 20 paquets-année) • Maladie cardiaque identifiée • DEP normal ou spirométrie normale chez un sujet symptomatique*

* Une spirométrie normale chez un sujet asymptomatique n'exclut pas le diagnostic. Les mesures répétées de la fonction pulmonaire sont souvent plus instructives qu'une seule évaluation.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

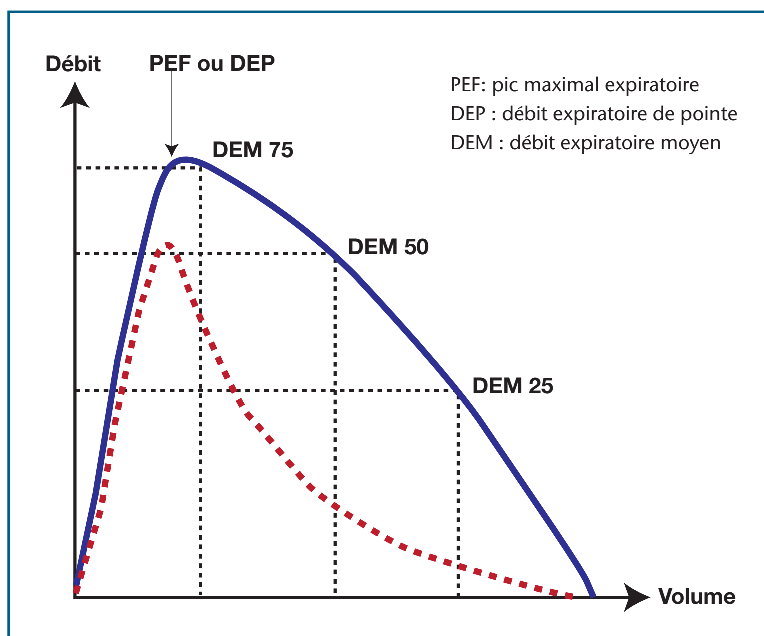


Fig. 1 – Courbe débit-volume (en gras aspect normal, en pointillés obstruction bronchique).

objectif de mettre en évidence un trouble ventilatoire obstructif réversible. On établit une courbe débit-volume (fig. 1) qui permet d'exprimer les débits expiratoires instantanés en fonction des volumes pulmonaires. Chez l'asthmatique, cette courbe se caractérise par un aspect concave avec diminution de l'ensemble des débits (par rapport aux valeurs théoriques). La prise d'un bronchodilatateur de type β2 mimétique restaure complètement ou partiellement l'obstruction bronchique, témoignant du caractère réversible de celle-ci. L'amélioration est significative lorsque le VEMS s'accroit de plus de 12 % (encadré 3).

Lorsque l'EFR est normale mais que la présomption clinique reste forte, il peut être utile de réaliser des tests de provocation à la recherche d'une hyperréactivité bronchique.

La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) peut être intéressante pour évaluer la variabilité du calibre bronchique, souvent observée chez les patients asthmatiques non traités ou mal contrôlés. Une variabilité supérieure à 15 % a une valeur prédictive positive de 25 % du diagnostic d'asthme.

3. Critères de réversibilité de l'obstruction bronchique

La réversibilité est définie par une augmentation significative du VEMS associant 2 critères :

– Δ VEMS ≥ 200 mL, et
– Δ VEMS ≥ 12 % de la théorique.

Elle peut être prouvée :

– en aigu, 20 minutes après inhalation de β2 agonistes (200 ou 400 µg de salbutamol ou équivalent) ;
– ou, à défaut, par un « test aux corticoïdes » oraux chez l'adulte : 0,5 mg/kg/j prednisone ou équivalent (en pratique 30 à 40 mg pendant 14 jours).

Toutefois, cet examen simple ne peut se substituer à l'EFR, qui reste indispensable lors du diagnostic initial et dans le suivi de la maladie.

Lorsque l'asthme est probable, un traitement d'essai est tenté : bronchodilatateur de courte durée d'action en cas de symptômes, corticoïde inhalé si symptômes > 2 x/semaine ; revoir le patient à 3 mois.

En cas de probabilité d'asthme intermédiaire :

– en présence d'une obstruction bronchique, la variabilité du DEP, la spirométrie, la DLCO (diffusion libre du CO) et l'HRB ne sont pas discriminantes par rapport aux autres causes d'obstruction. On propose alors un test de réversibilité ;
– en cas de spirométrie normale, il est utile de mesurer l'HRB (*cf. supra*) et/ou l'inflammation des voies aériennes.

Si la probabilité est faible et/ou la fonction respiratoire est normale, il est nécessaire d'approfondir les investigations (fig. 2).

Tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme ! Il faut penser à d'autres affections (diagnostics différentiels dans le tableau 2). Dans tous les cas, une radiographie du thorax doit être réalisée : elle est normale dans l'asthme, en dehors d'une distension possible (et hors contexte d'asthme avec infiltrats, maladie de Churg et Strauss...).

FORMES CLINIQUES

Asthme paroxystique

La crise de dyspnée sifflante est souvent typique, débutant par une toux et se terminant par l'émission d'une expectoration visqueuse grisâtre (crachats « perlés »). Elle dure quelques heures et cède en quelques minutes après l'inhalation de β2 agoniste. Elle peut se répéter plusieurs fois dans la journée pendant quelques jours (exacerbation). À l'examen, on perçoit des sifflements au cours d'une expiration prolongée, chez un patient en hyperinflation thoracique. À l'auscultation : râles sibilants. Il existe un syndrome obstructif réversible.

Entre les crises, le patient est asymptomatique et la fonction pulmonaire est normale/optimale (VEMS ou DEP > 80 % de la valeur théorique).

TABLEAU 2 DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Absence d'obstruction bronchique	Présence d'une obstruction des voies aériennes
• Toux chronique • Syndrome d'hyperventilation • Dysfonction des cordes vocales • Rhinite • Reflux gastro-œsophagien • Insuffisance cardiaque • Fibrose pulmonaire	• BPCO • Bronchectasies • Inhalation de corps étranger • Obstruction des grosses bronches • Cancer bronchique • Sarcoïdose

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Asthme d'effort (post-exercice)

Authentique bronchospasme survenant chez le sujet jeune, 5 à 10 minutes après le début d'un exercice accompagné d'une hyperventilation, typiquement la course à pied (qui provoque le refroidissement des voies aériennes et un bronchospasme réflexe).
Il est suivi d'un intervalle libre de 2 à 3 heures pendant lequel le même effort est bien toléré.
Il est souvent sous-estimé, car considéré comme un simple « manque de souffle » par les patients. Son traitement est préventif : β2 agonistes inhalés 15 minutes avant l'effort.

Asthme à dyspnée continue

Sur un fond de dyspnée continue notamment à l'effort, surviennent des épisodes paroxystiques, parfois nocturnes, soulagés par les bronchodilatateurs inhalés (surtout chez le sujet âgé). Des râles sibilants sont observés en période intercritique.
Il succède souvent à un asthme paroxystique vieilli et donne un tableau de « BPCO réversible ». L'examen de la fonction respiratoire montre un syndrome obstructif réversible.

Exacerbation

Définie par la persistance des symptômes pendant plus de 24 heures (1 à plusieurs jours), elle s'accompagne d'une aggravation significative de l'obstruction bronchique (baisse durable du DEP), nécessitant de renforcer le traitement. Elle peut survenir à tous les stades de sévérité, y compris lorsque l'asthme est contrôlé. L'obstruction bronchique est incomplètement levée par les β2 agonistes.
Elle favorise la survenue d'asthme aigu grave et augmente le risque d'hospitalisation.

Asthme difficile à traiter ou réfractaire

Il est caractérisé par l'absence de contrôle et la survenue d'exacerbations malgré un traitement de fond intense (palier 4 avec au moins 2 médicaments du traitement de fond dont des corticoïdes inhalés à fortes doses) associé à une prise en charge appropriée des gênes respiratoires.
En l'absence de définition consensuelle, sa fréquence est difficile à estimer, mais il concerne une minorité de patients. On doit rechercher un facteur corrigible (encadré 4).

BILAN ÉTIOLOGIQUE

Asthme allergique du sujet jeune

Une enquête allergologique doit être systématiquement préconisée car l'association à la rhinite allergique est particulièrement fréquente et des mesures d'éviction ou thérapeutiques peuvent être proposées.
Le diagnostic de l'allergie est essentiellement clinique, orienté par l'interrogatoire. On recherche un lien entre une exposition et la survenue des symptômes respiratoires (poussière, contact avec un animal, facteur saisonnier...) et l'amélioration clinique lors de l'éviction.
Les tests cutanés (prick tests) sont la méthode de référence pour étudier la sensibilisation IgE-dépendante. Ils sont faciles à réaliser. Cependant, d'une part ils peuvent être faussement négatifs ; d'autre part, positifs, ils ne permettent pas toujours d'incriminer de manière formelle l'allergène identifié.
Le dosage des IgE spécifiques (RAST) a une place en cas de négativité des tests cutanés et forte présomption clinique. Il est bien corrélé au degré d'exposition. Dans certains cas, les tests polyvalents pour les pneumallergènes courants (Phadiatop, CLA 30) sont utiles.
Les examens biologiques sont peu contributifs. L'hyperéosinophilie sanguine, corrélée à la sévérité, ne fait pas le diagnostic d'allergie ; l'élévation des IgE totales sériques peut être observée chez les asthmatiques non atopiques. Ces tests peuvent être indiqués dans des contextes particuliers.
Parfois, aucun allergène n'est identifié (mais on ne peut formellement l'éliminer). On observe une

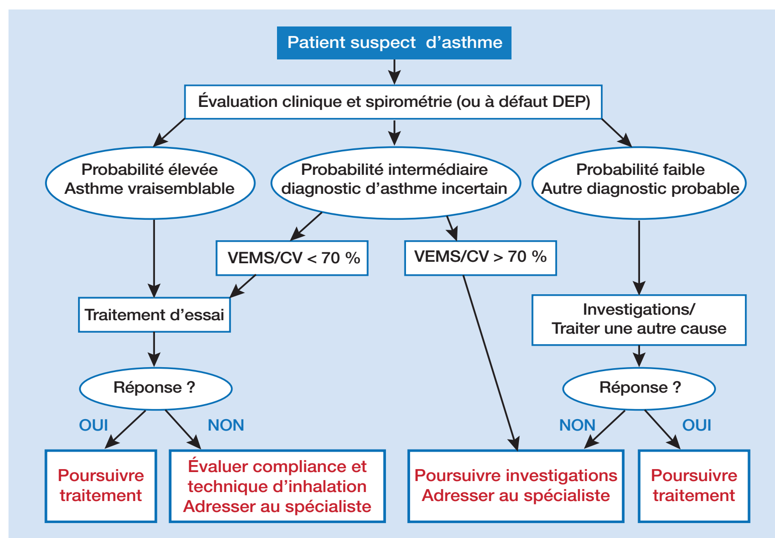


Fig. 2 – Arbre décisionnel selon la probabilité du diagnostic d'asthme.

4. Que faire devant un asthme difficile à traiter ?

1. **Vérifier le diagnostic d'asthme** (en particulier exclure BPCO et dysfonction des cordes vocales...).
2. **Rechercher les éléments aggravants :**
   - non-observance du traitement ou mauvaise technique de prise médicamenteuse (premières causes de mauvais contrôle)
   - tabagisme actif ou passif. Les conseils et un programme de sevrage devraient être proposés à tous les asthmatiques fumeurs
   - comorbidités (sinusite chronique, RGO, obésité, SAS, maladie psychiatrique...)
   - exposition allergénique persistante notamment dans l'environnement intérieur
   - traitement contre-indiqué (bêta-bloquants...)
   - facteurs psychosociaux notables

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

HRB non spécifique chez des patients souvent plus âgés (à partir de la cinquantaine) et bronchitiques chroniques. La recherche de facteurs favorisants ou aggravants (notamment inhalés) doit être systématique. L'évolution vers un asthme à dyspnée continue est fréquente.

Avec reflux gastro-œsophagien (RGO)

Il s'agit d'un problème complexe, d'autant que le RGO asymptomatique est très fréquent et peut avoir un rôle aggravant. Le mécanisme serait une majoration réflexe de l'HRB par l'acidité du bas œsophage. Le traitement par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) réduit la toux associée au RGO mais a peu d'effet sur le contrôle de l'asthme. Une revue Cochrane récente a montré que ces traitements n'ont aucun bénéfice lorsque le RGO est asymptomatique, et que l'effet est très modeste en cas de forme symptomatique.

Asthme induit par l'aspirine (AIA)

Le mécanisme sous-jacent n'est pas de nature immuno-allergique mais témoigne d'une « intolérance » à l'aspirine et aux autres AINS, liée à une inhibition de la cyclo-oxygénase déviant le métabolisme de l'acide arachidonique vers une production accrue de leucotriènes.
L'AIA survient habituellement après 40 ans et expose au risque d'asthme aigu grave (AAG). Il doit être recherché comme tout facteur médicamenteux au cours de l'AAG et serait impliqué dans 25 % des formes intubées. Il se manifeste par une crise explosive en quelques minutes à 1-2 heures (asthme suraigu) menaçant le pronostic vital. Il s'inscrit fréquemment dans un syndrome de Widal caractérisé par la triade asthme, polypose naso-sinusienne, intolérance à l'aspirine. Cette intolérance est définitive, justifiant des mesures de prévention et d'éviction.

Aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA)

Elle est due à une hypersensibilité complexe à *Aspergillus fumigatus*. L'asthme est ancien et difficile à traiter, souvent corticodépendant, avec : une hyperéosinophilie sanguine (volontiers > 1 500 mm³) ; une élévation importante des IgE totales (> 1 000 ng/mL) ; des réactions cutanées immédiates positives à *Aspergillus* ; des IgE spécifiques envers *Aspergillus fumigatus* ; des précipitines sériques spécifiques ; des infiltrats pulmonaires récidivants et migrateurs ; des bronchectasies proximales.
L'émission de moules bronchiques et la présence d'*Aspergillus* dans les sécrétions sont des critères diagnostiques mineurs. Le scanner montre typiquement des dilatations des bronches proximales majeures. Cette pathologie évolue par poussées successives, aboutissant souvent à une corticodépendance.

Des traitements antifongiques sont volontiers proposés, par exemple l'itraconazole (Triflucan) pendant 6 à 12 mois. L'omalizumab (Xolair) est parfois utilisé dans des centres spécialisés chez des cas graves.

Syndrome de Churg et Strauss

C'est une vascularite granulomateuse éosinophilique qui survient autour de 50 ans chez des sujets asthmatiques. L'asthme, toujours présent, devient sévère et rapidement corticodépendant, accompagné d'une altération de l'état général. Les atteintes systémiques peuvent être neurologiques, cardiaques, rénales, cutanées (purpura), digestives. Il existe une hyperéosinophilie sanguine élevée, supérieure à 1 500/mm³ (souvent > 5 000/mm³). Des infiltrats parenchymateux sont inconstants sur la radiographie de thorax. Les ANCA (anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles), de type anti-MPO, sont positifs dans 40 % des cas. La prise en charge repose essentiellement sur la corticothérapie orale au long cours et les immunosuppresseurs.

Chez la femme

Au cours de la grossesse, l'asthme peut s'améliorer, rester inchangé ou s'aggraver (respectivement dans un tiers des cas). On ne connaît pas d'élément prédictif du type d'évolution, une surveillance étroite est la règle afin d'adapter au mieux le traitement. Le pronostic périnatal est lié au bon contrôle de la maladie pendant la gestation (dans ce cas, pas de différence entre les enfants nés de femmes asthmatiques et ceux de mères saines). À noter que les médicaments de l'asthme (corticoïdes inhalés, oraux en cure courte, β2 agonistes, théophylline, antileucotriènes) sont autorisés pendant la grossesse car ils n'ont pas de risque tératogène.
La phase prémenstruelle peut également être responsable d'une aggravation. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Global initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2014. www.ginasthma.org

– British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guidelines on the management of asthma. A National Clinical Guideline. Revised 2014. www.brit-thoracic.org.uk

– Blanc FX. Tous concernés par l'éducation thérapeutique. Concours Med 2014;136:381-4.

– Chanez P, Tummino C, Goutiaa M, Alagha K, Bourdin A. Définitions de l'asthme, évaluation de la sévérité et du contrôle de la maladie. Rev Prat 2011;3:320-8.

– Brozek JL1, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. ; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol 2010;126:466-76.

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

LA TRIBUNE

de **Jean-Yves Nau***

Toucher vaginal : consentement implicite ?

C'est *Metronews* qui a déclenché la polémique en publiant des documents présents sur le site Internet de l'université Lyon-Sud, qui suggéreraient que des étudiants en médecine s'exercent au toucher vaginal au bloc.[1] De quoi *« interroger sur les pratiques de certains gynécologues, et plus généralement de la médecine hospitalière française ».*

Quoique dénoncée par les responsables hospitaliers lyonnais, cette interprétation a déclenché la controverse. Des avocats spécialisés ont aussitôt expliqué quels recours pouvaient envisager les femmes susceptibles d'être concernées. Une tribune signée de militants féministes était rapidement diffusée réclamant notamment au gouvernement de *« faire toute la lumière sur cette affaire et sur les conditions de l'apprentissage pratique des futurs médecins de notre pays ».*[2]

Soucieux de ne pas envenimer les choses, le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (Cngof) s'est refusé à débattre directement avec les *« polémistes professionnels, outranciers et injurieux vis-à-vis de notre profession ». « Pour autant nous acceptons bien volontiers de répondre aux questions qui sont ici soulevées,* nous a déclaré Bernard Hédon (CHU de Montpellier), président du Cngof. *« Pour nous l'apprentissage du toucher vaginal n'est pas d'une nature différente de celui du toucher rectal, de la ponction lombaire, de la pose d'un cathéter ou de tous les gestes médicaux que les futurs médecins se doivent d'apprendre au cours de leur formation. Et comme tous ces gestes, ils nécessitent, bien évidemment, l'information et le consentement de la personne concernée. De ce point de vue le toucher vaginal – qui est pour nous indispensable au bloc avant intervention – ne saurait faire l'objet d'un traitement particulier,* ajoute le Pr Hédon. *Son enseignement est du ressort des enseignants hospitalo-universitaires. S'il faut le mentionner spécifiquement sur la liste déjà longue des examens auxquels les patientes consentent, nous le ferons volontiers, mais cela ne changera strictement rien à nos pratiques. »*

Polémique inutile ? Peut-être pas. Car elle a suscité une réaction intéressante du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).[3] Il observe notamment qu'elle a libéré la parole. *« De nombreux témoignages, notamment sur des blogs, ont donné à ces pratiques une réalité au-delà du seul cas lyonnais »* souligne-t-il. Pour autant, le Ciss garde sur ce sujet une réserve qui tranche avec les passions des polémistes, professionnels ou pas.

Selon la loi du 4 mars 2002 *« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». « Il n'y a pas d'aménagement ou de concession à cette obligation fondamentale,* écrit le Ciss. *Elle vaut pour les actes les plus importants comme les plus banals, pour les plus intimes comme pour les plus interventionnels. La méconnaissance de cette obligation fondamentale jette un trouble sur les conditions dans lesquelles sont établies les recommandations professionnelles pour les stages de médecine, comme sur l'enseignement de l'éthique dans les facultés de médecine. »*

« Pour ma part, exerçant avant la loi de 2002, j'ai toujours informé et respecté le consentement des patientes, explique Jacques Lansac, ancien chef du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Tours. *Il existe aussi des mannequins pour apprendre la pose du spéculum, le toucher vaginal, le toucher rectal, la pratique du frottis, l'examen des seins, etc. Mais il y a toujours une première fois. La première piqûre, le premier examen, le premier toucher, la première ouverture. Faut-il tout dire au nom de la transparence ? Prendre le risque de faire perdre des chances au patient ? »*

On peut aller plus loin. L'enseignement de la médecine doit-il rester un domaine réservé aux seuls médecins ? Doit-il s'ouvrir au plus vite à la participation de juristes, d'éthiciens et d'associations de patients ? ●

1. http://www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU/

2. http://10lunes.com/2015/02/tribune-plus-jamais-de-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-sans-consentement-prealable/

3. http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/touchers-vaginaux-recherche-du-consentement-principe-en-panne



* Jean-Yves Nau est journaliste, chroniqueur médical sur Slate.fr et auteur du blog Journalisme et santé publique jeanyvesnau.com

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par Geoffroy Robin[1, 2], Brigitte Letombe[1]

Contraception hormonale

Que retenir de la « pathétique » polémique de 2013 sur la pilule ?

En janvier 2013, les estroprogestatifs (EP) de 3e et 4e génération ont été accusés d'être des associations contraceptives à risque cardiovasculaire et considérées suffisamment dangereuses pour être déremboursées (mais pas supprimées du marché…). Cette polémique est née de la plainte d'une patiente ayant fait un infarctus cérébral alors qu'elle prenait un EP minidosé de 3e génération. D'autres plaintes ont suivi : panique des pouvoirs publics, des patientes, des prescripteurs… le tout amplifié par les médias !

Risque artériel ou veineux ?

Cet emballement est né d'une erreur d'interprétation : le risque d'infarctus cérébral sous contraception orale est en effet un peu accru mais il dépend surtout de la dose d'éthinylestradiol (il est plus marqué pour les EP normodosés *vs* les minidosés).[1] En revanche, il ne dépend pas de la génération du progestatif associé.[2] Certains auteurs évoquent néanmoins une augmentation du risque d'infarctus cérébral avec les EP de 1re génération (risque relatif à 2,6).[3] Quoi qu'il en soit, il serait identique entre les EP minidosés de 2e et de 3e génération (risque relatif à 1,9).

En revanche, de larges études de cohorte rétrospectives ont montré que les EP de 3e génération et ceux contenant de la drospirénone augmentaient un peu plus le risque d'accident thrombo-embolique veineux (30 à 40 cas de thrombose veineuse profonde pour 100 000 utilisatrices) que les EP de 1re et de 2e génération (20 cas pour 100 000 utilisatrices).[2] Les autorités de santé ont alors décidé de dérembourser toutes les pilules de 3e génération et d'encourager la prescription de celles de 2e ou 1re génération en première intention. Pourtant, les données sont infiniment plus complexes et de nombreux raccourcis ont été faits : en effet, selon la méta-analyse de Stegeman,[4] chaque association EP aurait un risque thrombo-embolique veineux (RTEV) propre qui dépendrait à la fois de la dose d'éthinylestradiol (EE) et de la génération du progestatif associé. Ainsi, certaines associations de 3e génération, contenant 35 µg d'EE et du norgestimate (Triafemi) et 20 µg d'EE et du gestodène (Harmonet, Carlin 20 et autres génériques…) auraient le même risque veineux que les EP de 2e génération contenant 20 à 30 µg d'EE. De plus, la pilule la plus dangereuse sur le plan thrombo-embolique est Stédiril qui contient un progestatif de 2e génération mais 50 µg d'EE par comprimé… (tableau).

Parler de 4e génération est un non-sens pharmacologique : le terme de génération correspond aux progestatifs dérivés de la nortestostérone qui sont, avec le temps, de moins en moins androgéniques.[2] Or, dans cette « 4e génération », on trouverait les EP contenant :

- de l'EE associé à la drospirénone (progestatif dérivé de la spironolactone) ou à des dérivés prégnanes (acétate de chlormadinone et acétate de cyprotérone) ;
- du valérate d'estradiol ou du 17β-estradiol micronisé (estrogènes naturels) associé pour le premier au diénogest (progestatif hybride entre le norprégnane et les dérivés de la nortestostérone) et pour le second à l'acétate de nomégestrol (progestatif norprégnane).

Diaboliser cette 4e génération était particulièrement inadapté puisque nous ne disposons de données concernant le RTEV que pour les associations EE/drospirénone et EE/acétate de cyprotérone.[2] Pour les autres, on ne peut conclure à un éventuel sur-risque thrombo-embolique veineux significatif… Ce terme « 4e » génération a d'ailleurs été abandonné dans la dernière classification de l'Ansm au profit du qualificatif « autres ».

Quant au patch contraceptif Evra et à l'anneau vaginal Nuvaring, il s'agit d'EP de 3e génération. Bien que l'EE s'affranchisse en théorie de l'effet de 1er passage hépatique, la puissance de cet estrogène de synthèse induit néanmoins des modifications des paramètres de l'hémostase, du métabolisme lipidique et glucidique et cardiovasculaires équivalents à ceux induits par la plupart des autres pilules de 3e génération.[2] Le risque relatif d'ATEV serait proche de 4 pour ces 2 méthodes, soit équivalent à celui de certaines pilules de 3e génération.[5]

Le risque veineux chez les utilisatrices d'EP (voie orale ou extra-orale) est maximal la première année de prise et diminuerait ensuite progressivement pour se stabiliser ensuite à partir de la 3e-4e année d'utilisation.[2]

Nombre de praticiens et journalistes ont également diabolisé la micropilule progestative au désogestrel, progestatif de 3e génération (Cérazette, Clareal Gé, Antigone et autres génériques). Pourtant, étant dénuée d'estrogènes, elle n'accroît en aucun cas le risque veineux et reste même une contraception de choix des femmes à risque cardiovasculaire. En effet, ce sont bien les estrogènes (estradiol *per os* et EE quelle que soit sa voie d'administration) qui sont directement responsables de l'augmentation du risque cardiovasculaire tant sur le plan artériel que veineux, alors que les progestatifs moduleraient essentiellement le risque veineux induit par les estrogènes.[2]

SIU : quoi de neuf ?

Le système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel est très utile chez les patientes souhaitant une contraception longue durée et ayant des dysménorrhées et/ou hyperménorrhées, voire des ménorragies. Il est également plébiscité par celles souhaitant ne plus avoir (ou presque…) de règles pour des raisons médicales (maladie

1. Service de gynécologie médicale, orthogénie et médecine du couple, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, 59037 Lille Cedex.
geoffroy.robin@chru-lille.fr
2. Service de gynécologie endocrinienne et médecine de la reproduction, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, 59037 Lille Cedex.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- ➜ **Le risque vasculaire existe pour tout EP,** mais il est moindre que celui induit par une grossesse ou le post-partum.
- ➜ **Le risque veineux est précoce** et plus important la première année mais la fréquence des accidents est rare dans l'absolu.
- ➜ **Le risque artériel** dépend essentiellement des facteurs de risque associés : âge, HTA, dyslipidémies, diabète, obésité, tabac ; sans oublier les migraines avec aura…
- ➜ **L'efficacité contraceptive dépend de l'observance,** dépendante de la confiance, de la tolérance et des bénéfices additionnels de la méthode proposée.

TABLEAU RISQUE D'ACCIDENT THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUX (ATEV)

Pilules EP	Noms commerciaux	RR d'ATEV *vs* les non utilisatrices	RR d'ATEV *vs* EE 20/lévonorgestrel
EE 20/lévonorgestrel	Leeloo, Lovavulo, Optilova	2,2 (1,3-3,6)	1
EE 20/gestodène	Carlin 20, Harmonet, Meliane	2,2 (1,4-3,2)	1,0 (0,5-1,7)
EE 30/lévonorgestrel	Ludéal Gé, Minidril, Optidril, Lovapharm	2,4 (1,8-3,2)	1,1 (0,7-1,7)
EE 35/norgestimate	Triafemi, Effiprev	2,4 (1,7-3,3)	1,1 (0,7-1,8)
EE 20/désogestrel	Desobel 20, Mercilon	3,4 (2,5-4,6)	1,5 (0,9-2,6)
EE 30/gestodène	Carlin 30, Minulet	3,7 (2,8-4,9)	1,7 (1,0-2,7)
EE 35/acétate de cyprotérone	Diane 35, Evepar, Minerva	3,9 (2,7-5,5)	1,7 (1,0-3,0)
EE 30/drospirénone	Jasmine, Convuline, Drospibel 30	3,9 (2,7-5,5)	1,7 (1,1-2,7)
EE 30/désogestrel	Desobel 30, Varnoline	4,3 (3,3-5,6)	1,9 (1,2-3,1)
EE 50/lévonorgestrel	Stédiril	5,2 (3,4-7,9)	2,3 (1,3-4,2)

de Willebrand et autres coagulopathies à risque hémorragique). Enfin, il a bien démontré son efficacité dans la prise en charge des pathologies utérines ou pelviennes estrogénodépendantes (adénomyose, endométriose pelvienne profonde, hyperplasie endométriale simple…).

Mirena ayant un inserteur de calibre relativement large (4,8 mm) pouvait être plus difficile à poser chez des nullipares et a fortiori nulligestes. Jaydess est un nouveau système intra-utérin délivrant pendant 3 ans en moyenne 6 µg/24 heures de lévonorgestrel dans la cavité utérine (contre en moyenne 10 à 20 µg/24 heures pendant 5 ans pour Mirena). L'action progestative locale puissante permet d'obtenir une oligo-aménorrhée chez près de 25 % des utilisatrices à 1 an et chez environ 35 % à 3 ans.[6] Le volume des menstruations chez les utilisatrices ayant des cycles réguliers est significativement réduit. Ces chiffres sont plus faibles que ceux de Mirena. Le réservoir étant moins large, l'inserteur – à mémoire de forme pour faciliter le cathétérisme des utérus très antéversés ou rétroversés – a un diamètre de 3,8 mm et est associé à un dispositif d'insertion relativement sophistiqué mais très simple d'utilisation.[6] Il permet de réaliser le geste d'une seule main (l'autre main étant libre pour l'utilisation éventuelle d'une pince de Pozzi). Ce nouveau dispositif de pose est désormais disponible pour Mirena en France depuis peu. Jaydess peut être proposé chez les nulligestes ayant un col un peu difficile à franchir et/ou chez celles souhaitant une contraception longue durée à court terme mais envisageant une grossesse au plus tard dans les 3 années. Il est remboursé par la Sécurité sociale à 65 % (comme tous les dispositifs et SIU) et son coût est de 102,19 euros. Un petit anneau d'argent facilement repérable au cours d'une échographie pelvienne le différencie de Mirena.[6]

Implant sous-cutané à l'étonogestrel

Contraception progestative longue durée, elle délivre pendant 3 ans un progestatif de 3e génération, l'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel. C'est la méthode réversible la plus efficace.

Lors de la commercialisation d'Implanon, la pose sous-cutanée semblait relativement simple, mais en pratique des insertions profondes n'étaient pas si rares… et compliquaient considérablement son retrait (en cas de désir de grossesse ou de problème de tolérance…). Un nouveau dispositif est disponible depuis quelques années sous le nom de Nexplanon. Il permet une insertion à l'aide d'une seule main. Un système de butée permet théoriquement de limiter le risque d'insertion profonde si l'angle entre la peau et l'aiguille du dispositif contenant l'implant avoisine les 30°.[7] Des cas d'implants « perdus » et difficilement repérables ayant été rapportés, Nexplanon contient du sulfate de baryum qui le rend radio-opaque.[7] En revanche, les caractéristiques pharmacologiques ne sont en aucun cas modifiées : la tolérance cyclique et l'efficacité de Nexplanon est donc théoriquement identique à celle d'Implanon.[7] ●

RÉFÉRENCES

1. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. N Engl J Med 2012;366:2257-66.
2. Gronier H, Robin G. Cardiovascular risks of combined oral contraceptives - beyond the French controversy. Gynecol Obstet Fertil 2014;42:174-81.
3. Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Maitrot-Mantelet L, Canonico M. Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2013;27:35-45.
4. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. BMJ 2013;347:f5298.
5. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. BMJ 2012;344:e2990.
6. Melvin L, Scott J, Craik J. Jaydess levonorgestrel intrauterine system. J Fam Plann Reprod Health Care 2014;40:165-9.
7. Palomba S, Falbo A, Di Cello A, Materazzo C, Zullo F. Nexplanon: the new implant for long-term contraception. A comprehensive descriptive review. Gynecol Endocrinol 2012;28:710-21.

G. Robin déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour MSD, Bayer Schering Pharma, Effik, Teva, Pfizer, Majorelle.

B. Letombe déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Bayer Schering Pharma, Teva, HRA Pharma, Effik et avoir été prise en charge lors de congrès par Nordic, Besins.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Xavier Guillot***

Douleur rhumatologique chronique

Une prise en charge globale, pas uniquement médicamenteuse.

Les douleurs ostéo-articulaires chroniques (durant plus de 3 mois) sont fréquentes, engendrant des coûts directs et indirects non négligeables. La chronicisation est liée à une intégration centrale (cellules gliales, système limbique…) induisant une persistance et une autonomisation de la perception douloureuse à distance du stimulus initial. C'est un phénomène complexe, pluridimensionnel, dont toutes les composantes doivent être prises en compte.

Diagnostic étiologique précis

Arthrose, tendinopathies, compressions radiculaires et syndromes canalaires, rhumatismes inflammatoires chroniques (connectivites, spondylo-arthrites, pathologies microcristallines), algodystrophie, capsulites sont les principales causes. En cas d'algies diffuses, la fibromyalgie est un diagnostic d'exclusion (encadré 1).

Si la douleur est osseuse, inhabituelle, d'horaire inflammatoire avec altération de l'état général, une affection néoplasique doit être éliminée par un examen clinique exhaustif (auscultation, aires ganglionnaires…), un bilan biologique (NFS, VS, CRP, calcémie, EPP) et une imagerie (radiographie au minimum, scintigraphie osseuse, IRM…).

Le type de douleur et ses composantes sont à identifier (neurogène et/ou par excès de nociception [encadré 2], mécanique ou inflammatoire). L'intensité est mesurée de manière répétée et standardisée (échelles visuelles analogiques, périmètre de marche, scores fonctionnels…), afin notamment d'évaluer l'efficacité des traitements.

Certains facteurs d'entretien ou d'aggravation (contexte socioprofessionnel, psycho-affectif, dépression, surpoids, positions vicieuses) doivent être rapidement identifiés et pris en charge.

On évalue les comorbidités (fonction rénale, hépatique, gastro-intestinale, pathologies neuropsychiatriques éventuelles, traitement médicamenteux habituel, interactions potentielles, automédication), et on établit l'historique précis des antalgiques (posologie, durée, efficacité).

Traitements non médicamenteux

Ils doivent être optimisés à visée d'épargne médicamenteuse et de prévention de l'iatrogénie. Dans les douleurs d'origine arthrosique ou tendineuse, les radiculalgies chroniques, une kinésithérapie adaptée (massages, physiothérapie, ultrasons, neurostimulation électrique transcutanée, balnéothérapie, renforcement musculaire, reconditionnement à la marche et à l'effort, mobilisation articulaire) fait partie intégrante de la prise en charge. Mobilisation, massages, application de chaleur doivent être évités lors des poussées douloureuses.

Les orthèses (ceintures lombaires ou corsets, attelles de repos, prescrits par des podologues, des ergothérapeutes,) sont utiles dans certaines indications (arthrose, pathologie rachidienne, rhumatismes inflammatoires chroniques).

La perte de poids peut avoir un impact non négligeable sur la douleur et la fonction (arthrose des membres inférieurs, pathologie rachidienne).

Des méthodes alternatives telles que la médecine manuelle (à éviter sur le rachis cervical), la relaxation, l'hypnose, l'acupuncture peuvent également soulager (si diagnostic bien défini, pratiques déclarées, personnes diplômées).

Des cures thermales adaptées à la pathologie sont parfois proposées.

L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre – en accord avec le patient – peut être bénéfique notamment en cas de syndrome dépressif associé.

La dimension sociale doit également faire l'objet d'une évaluation approfondie (ALD, invalidité, accident du travail, arrêts de travail, bénéfices secondaires éventuels…) avec intervention d'une assistante sociale si besoin. Le cadre professionnel nécessite parfois d'être adapté en concertation avec l'employeur et la médecine du travail. La participation à certains groupes (associations de polyarthritiques, forums Internet…) peut aider.

Médicaments topiques

L'administration par voie locale (topiques – lidocaïne patch, Versatis si fractures de côtes, cellulalgies, contratures musculaires, AINS –, infiltrations intra-

1. Causes de syndromes douloureux chroniques diffus

- Dysthyroïdies
- Carence en vitamine D, hypophosphorémie
- Affections neuromusculaires (myosites, myopathies, sclérose en plaques, compression médullaire cervicale, polynévrites et polyradiculonévrites…)
- Maladie de Lyme en phase tertiaire
- Connectivites (syndrome de Sjögren…)
- Spondylo-arthrite avec atteinte des enthèses
- Métastases osseuses diffuses, hémopathies, syndromes paranéoplasiques
- Fibromyalgie : diagnostic d'exclusion

* Service de rhumatologie, hôpital Jean-Minjoz, 25030 Besançon Cedex.
xguillot@chu-besancon.fr

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- ➜ **La sensation douloureuse** peut s'autonomiser et persister à distance du stimulus initial.
- ➜ **Un diagnostic précis** (pathologie, localisation, type et composantes de la douleur) est indispensable
- ➜ **Traitements non médicamenteux et locaux** doivent être optimisés pour prévenir le risque iatrogène.
- ➜ **La prescription au long cours** de corticoïdes, AINS, morphiniques et hypnotiques devrait être limitée si possible.
- ➜ **Une prise en charge** pluridimensionnelle et multidisciplinaire est souhaitable.

ou péri-articulaires, rachidiennes, syndrome canalaire) vise à limiter le risque iatrogène.
Les infiltrations cortisoniques ne devraient pas être répétées plus de 2 à 3 x/an sur un site donné, en respectant les contre-indications et précautions d'usage (troubles de l'hémostase, état cutané…). Le patient doit être informé des complications possibles (risque septique, possible déséquilibre transitoire d'un diabète). Un repérage ou guidage échographique en améliore la précision et l'efficacité. Les gestes locaux peuvent être particulièrement antalgiques dans l'arthrose articulaire ou rachidienne, les arthrites chroniques non infectieuses. La viscosupplémentation a démontré un effet antalgique dans la gonarthrose sans épanchement intra-articulaire. Il n'est plus recommandé d'infiltrer le rachis cervical.

2. Outil de dépistage de la douleur neuropathique DNL4

1. L'histoire du patient suggère-t-elle une lésion nerveuse ou une maladie affectant le système nerveux ?
2. La topographie de la douleur est-elle celle d'un territoire nerveux neuro-anatomique (nerf, racine…) ?
3. L'examen clinique met-il en évidence des anomalies de la sensibilité (hypersensibilité, déficit) dans ce territoire neuro-anatomique ?
4. La zone douloureuse est-elle limitée à une surface inférieure à celle d'une feuille de papier format A4 ?

➔ Si 3 « oui » : diagnostic probable de douleur neuropathique
➔ Si 4 « oui » : diagnostic probable de douleur neuropathique localisée

Médicaments per os

Ils sont essentiellement symptomatiques, la plupart des traitements étiologiques à visée structurale étant utilisés dans les rhumatismes inflammatoires chroniques.
Les AINS et corticoïdes par voie générale devraient être limités en durée (moins d'un mois), en dose, et réservés au traitement des poussées douloureuses compte tenu de leur risque iatrogène. Leur prescription au long cours doit être strictement encadrée, dans certaines indications bien précises (spondylo-arthrite, pseudopoly–arthrite rhizomélique).
Les antalgiques doivent être introduits un par un et à posologie progressivement croissante mais peuvent également être associés si besoin. Le paracétamol seul (Doliprane, Efferalgan, Dafalgan) ou avec de la codéine (Efferalgan codéiné), du tramadol (Ixprim, Zaldiar) ou de l'opium à faible dose (Lamaline), le néfopam (Acupan) si non réponse aux paliers 1 ou 2), le tramadol (Contramal) ont une efficacité et une tolérance variables selon les patients. Une baisse de 3 points de l'EVA douleur est considérée comme un effet significatif.
Les anti-arthrosiques d'action lente (glucosamines, chondroïtines sulfates, insaponifiables de soja, diacéréine) d'efficacité modeste dans l'arthrose sont utilisables en traitement d'appoint.
En cas de douleur neurogène (compression radiculaire ou syndrome canalaire), certains antidépresseurs[1] (duloxétine, Cymbalta ; milnacipran, Ixel : hors AMM ; tricycliques, Laroxyl), anti-épileptiques[2] (prégabaline, Lyrica ; gabapentine, Neurontin) peuvent être utilisés en augmentant les doses par paliers en l'absence de contre-indication. Les hypnotiques (benzodiazépines) ne sont pas recommandés en traitement de fond (risque de dépendance, syndrome de sevrage…).
Les myorelaxants peuvent être utilisés en appoint en cas de contracture musculaire dans les pathologies rachidiennes ou radiculaires.
Des perfusions mensuelles de bisphosphonates (pamidronate, Aredia – 2 à 3 cycles) peuvent être proposées en cas d'œdème osseux (algoneurodystrophie, fissure, gonarthrose avec œdème sous-chondral, ostéonécrose aseptique…) après vérification de l'état dentaire, de la calcémie et de la fonction rénale.
Les morphiniques au long cours ne sont envisagés qu'en cas d'échec des autres options compte tenu des risques d'accoutumance, de sevrage ou de surdosage éventuels. Ils nécessitent un encadrement strict (voie d'administration, augmentation par paliers, dose et durée minimales, surveillance de la tolérance).[3] L'automédication est à proscrire (risque d'abus médicamenteux, d'accoutumance, élévation du seuil de réponse antalgique, iatrogénie).
Certains traitements (perfusions de kétamine, agent anesthésique) peuvent être réalisés dans les centres antidouleur (douleurs neurogènes chroniques). Les patients les plus réfractaires peuvent bénéficier de consultations pluridisciplinaires.

Chirurgie

Arthroplastie, chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs, du rachis ne sont envisagées qu'en dernier recours, après échec d'un traitement médical bien conduit et en évaluant soigneusement le rapport bénéfices-risques avec le malade (retentissement fonctionnel de la douleur, opérabilité).
La prise en charge de ces patients nécessite une relation de confiance, avec définition d'objectifs thérapeutiques atteignables. Le concept d'éducation thérapeutique y prend également tout son sens (prises médicamenteuses, mesures associées, règles hygiénodiététiques, perception de la douleur par le patient…).●

RÉFÉRENCES

1. Perrot S, Javier RM, Marty M, et al Antidepressant use in painful rheumatic conditions. Rheum Dis Clin North Am 2008;34:433-53.
2. Vergne-Salle P, Mejjad O, Javier RM, et al. Antiepileptic drugs to treat pain in rheumatic conditions. Recommendations based on evidence-based review of the literature and expert opinion. Joint Bone Spine 2009;76:75-85.
3. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses : les recommandations de Limoges. Rev Rhum Engl Ed 1999;66:651-6.

L'auteur déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour BMS et avoir été pris en charge lors de congrès par AbbVie, MSD, Roche Chugai, UCB.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Par **Geoffroy Canlorbe**[1], **Vincent Villefranque**[2], **Emile Daraï**[1, 3]
1. Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Tenon ; université Pierre-et-Marie-Curie, Paris-6.
2. Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Pontoise.
3. Inserm-UMRS 938.

Chirurgie ambulatoire en gynécologie

Elle s'adresse à des patientes jeunes avec peu de comorbidités et doit être envisagée en 1re intention.

Un des objectifs de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) est de promouvoir l'essor de la chirurgie ambulatoire. Celle-ci doit maintenant être considérée comme une option de première intention, la procédure classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent. Le taux de chirurgie ambulatoire en 2013 était de 42,3 %.[1] La ministre de la Santé annonce un objectif de 50 % pour 2016 et la DGOS préconise d'atteindre 64 % en 2017.

La chirurgie gynécologique intéresse particulièrement nos tutelles puisqu'elle s'adresse à des patientes jeunes avec peu de morbidités. C'est un gisement de développement important.

En 2013, on dénombre, pour la gynécologie, 824 138 séjours dont 58,8 % en ambulatoire.[2] Ces résultats sont surtout tirés vers le haut par les curetages pour fausse couche spontanée (FCS), les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les prélèvements d'ovocytes (314 001 séjours). Si l'on retire ceux-ci et les gestes sur le sein, les interventions de chirurgie gynécologique à proprement parler ont représenté 382 381 séjours dont 45,3 % en ambulatoire. Les pathologies du sein ont motivé 127 756 séjours dont 18,3 % en ambulatoire.

Avantages de cette chirurgie

Les enjeux financiers sont majeurs. En effet, les perspectives d'économies sont estimées à 5 milliards d'euros par an en France.

Les bénéfices attendus concernent également une diminution du risque thrombo-embolique et de l'exposition aux infections nosocomiales (5 à 6 fois moins d'infections sur site opératoire par rapport à l'hospitalisation traditionnelle).

Dans l'enquête PNIR (programme national inter-régimes) de l'assurance maladie (octobre 2003), 90 % des patients se sont déclarés satisfaits à l'issue d'une prise en charge ambulatoire et 81 % des Français seraient prêts à recourir personnellement à ce type de chirurgie.[3]

Critères anesthésiques d'éligibilité

Cette pratique concerne désormais toutes les femmes, y compris en cas de comorbidités, ou si la prise en charge ambulatoire nécessite une adaptation particulière de certains traitements médicamenteux et aussi aux âges extrêmes. Les patientes de statut ASA I, II et III stable (score prédictif du risque péri-opératoire) sont notamment éligibles. C'est l'analyse du rapport bénéfices/risques, au cas par cas, qui fonde la sélection. Les femmes allaitantes seraient candidates mais il faut porter une attention particulière aux produits et traitements qui passent dans le lait maternel. Il n'est pas recommandé de stratégie anesthésique spécifique. En chirurgie gynécologique notamment, une anesthésie locorégionale à type de rachianesthésie peut être proposée.[3]

Critères chirurgicaux d'éligibilité

Selon la HAS, les interventions doivent comporter un risque minime de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate (hémorragie, instabilité cardiovasculaire, obstruction des voies aériennes post-opératoires, etc.). Elles doivent également générer des douleurs post-opératoires contrôlables et permettre un retour rapide de la prise alimentaire solide et liquide par voie orale. Les soins postopératoires doivent être gérables par le patient et son entourage. À noter que la durée de l'acte n'est pas un critère d'éligibilité. En pratique, les interventions concernées durent moins de 2 heures.[3]

Ces critères s'appliquent bien aux IVG, FCS, prélèvements d'ovocytes mais également aux interventions gynécologiques plus classiques (chirurgie de l'utérus, des trompes et/ou des ovaires) proposées à des patientes jeunes avec une durée opératoire volontiers inférieure à 2 heures.

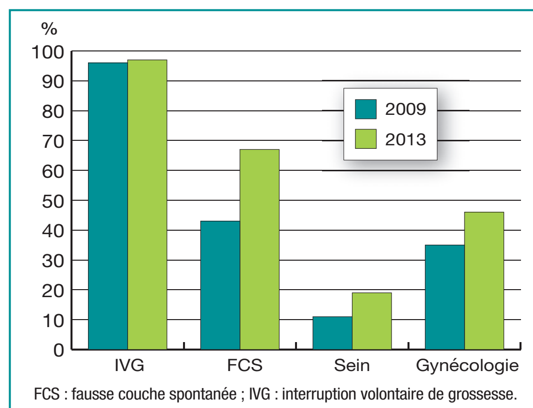


Figure – Évolution de la proportion d'ambulatoire.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- **Le taux de chirurgie ambulatoire** a été de 42,3 % en 2013. Objectif pour 2016 : 50 %.
- **Perspectives d'économies liées à son développement :** 5 milliards d'euros par an en France.
- **En 2013,** 58,8 % des séjours en chirurgie gynécologique ont été réalisés en ambulatoire.
- **Sa promotion nécessite de privilégier** certaines techniques mini-invasives, d'optimiser la prise en charge de la douleur et la réhabilitation précoce, de minimiser les temps d'attente avant et après le bloc.

IVG, FCS, prélèvements d'ovocytes

Les IVG et les ponctions d'ovocytes sont réalisées respectivement dans 97 % et 100 % des cas en ambulatoire (contre 96 % et 100 % en 2009).
Les aspirations endo-utérines pour grossesse arrêtée le sont quant à elles dans 66,4 % des cas (contre 42,9 % en 2009) [figure]. Les 33,6 % des actes faits en hospitalisation traditionnelle sont probablement liés à la prise en charge en urgence (ou semi-urgence) pour hémorragie ou douleur, programmés trop tardivement pour être réalisés en ambulatoire. Leur proportion ambulatoire a cependant augmenté depuis 2009.

Chirurgie gynécologique et sein

Pour les actes de chirurgie gynécologique proprement dits (382 381 séjours, soit 46,4 % du total), la prise en charge ambulatoire a atteint un taux de 45,3 % (contre 34,7 % en 2009).
Les hystéroscopies opératoires et dilatation-curetage, les conisations sont majoritairement ambulatoires avec des taux respectifs de 94,5 % et 84,9 % (contre 86,3 % et 72,6 % en 2009).
La prise en charge des pathologies bénignes de la vulve, du vagin et du col utérin l'est dans 59 % des cas (contre 57,1 % en 2009). Le taux est de 33,8 % pour le traitement de l'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale (cervicocystopexie). Soit un doublement depuis 2009 (14,9 %).
Le nombre de ligatures tubaires par voie cœlioscopique a fortement diminué ces dernières années, au profit des implants tubaires par voie hystéroscopique ; 55,2 % des ligatures cœlioscopiques sont ambulatoires (24,7 % en 2009). Les interventions sur le système utéro-annexiel pour des affections non malignes autres que les interruptions tubaires le sont dans 7,4 % des cas (2,8 % en 2009).

Interventions à proposer en ambulatoire en 1re intention

- IVG
- Ponctions d'ovocytes
- Aspiration pour grossesse arrêtée
- Hystéroscopie opératoire
- Conisation
- Dilatation cervicale
- Chirurgie mammaire
  - Tumorectomie pour pathologie bénigne
  - Tumorectomie pour pathologie maligne
  - Tumorectomie + procédure du ganglion sentinelle
  - Procédure du ganglion sentinelle
- Chirurgie bénigne de la vulve ou du vagin
- Hystérectomie vaginale
- Cervico-cystopexie
- Cœlioscopie
  - Diagnostique
  - Ligature tubaire
  - Adhésiolyse - plastie tubaire
  - Ovariectomie uni- ou bilatérale
  - Salpingectomie uni- ou bilatérale
  - Kystectomie
  - Myomectomie

Les cœlioscopies diagnostiques, pour leur part, le sont dans 22,3 % des cas (9 % en 2009).
La chirurgie mammaire est ambulatoire dans 18,3% des cas. Les tumorectomies pour tumeur maligne et pour lésion bénigne le sont respectivement dans 15,3 % et 27,4 % des cas (6 % et 13,3 % en 2009).

Perspectives de développement

Si l'on considère tous les actes ayant passé le seuil de 15 % en ambulatoire, on peut imaginer qu'un objectif de 70 % soit réalisable, nous rapprochant ainsi des taux observés dans les pays anglo-saxons et scandinaves.
La chirurgie mammaire plafonne à un taux de 18,3 % alors que peu morbide, elle concerne des patientes relativement jeunes. Cela implique de repenser l'organisation des soins concernant notamment les procédures de ganglion sentinelle et de repérage des lésions non palpables. Aussi le CNGOF a récemment proposé que l'acte de tumorectomie + procédure du ganglion sentinelle soit fait en ambulatoire.
Le retard concerne aussi les interventions de cœlioscopie alors que certains services français en ont déjà généralisé la pratique pour des pathologies bénignes. Sa promotion ne peut être envisagée qu'à condition de privilégier certaines techniques mini-invasives, d'optimiser la prise en charge de la douleur, de minimiser les temps d'attente avant et après le bloc et de permettre la réhabilitation précoce. Le CNGOF recommande l'ambulatoire pour : cœlioscopie opératoire pour kystectomie ovarienne/ovariectomie/annexectomie/myomectomie de l'utérus sans hystérotomie (encadré).
L'hystérectomie vaginale ambulatoire a également démontré sa faible morbidité, avec un taux de satisfaction globale élevé des patientes.[4] Sa réalisation en pratique courante dans les services doit encore être évaluée avant d'atteindre les 40 % comme aux États-Unis.

RÉFÉRENCES

1. http://chirurgie-ambulatoire.org/fr/taux-chirurgie
2. http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm
3. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire?xtmc= &xtcr=1
4. Pizzoferrato AC, Bader G, Nyangoh Timoh K, Andriamafidy-Berti C, Villefranque V. Outpatient vaginal hysterectomy, feasibility and morbidity: an observational study on thirty patients. Gynecol Obstet Fertil 2014;42:67-70.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Ongle bifide…



Au décours de l'examen de Jacques, 51 ans, nous remarquons que l'ongle d'un de ses orteils est irrégulier et fissuré (figure). Cette anomalie est apparue il y a plus de 20 ans suite à un accident de moto.

Diagnostic

Par **Pierre Frances**, médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer.
frances.pierre@wanadoo.fr
Raphaëlle Varennes, interne, CHU de Montpellier.
Johanna Thibaut, externe, CHU de Montpellier.
Philippe Botas, interne, Coimbra, Portugal.

Ptérygion dorsal

Cette affection (du grec *pterygium* : aile) correspond à une cicatrice matricielle focale responsable d'une onycho-atrophie localisée.

Deux formes sont décrites :

– dorsale : fusion du repli sus-unguéal avec la matrice, puis avec le lit de l'ongle, responsable d'une fissuration longitudinale séparant la tablette en 2 ailerons latéraux ;
– ventrale : expansion de l'hyponychium (sous l'extrêmité de l'ongle) qui adhère à la face inférieure de la tablette.

Le lichen plan est la cause la plus fréquente.

Cependant, cette entité peut être associée à certaines pemphigoïdes ou maladies systémiques, ou avoir une origine congénitale ou traumatique (c'est le cas de ce patient). Les formes ventrales ont également été observées lors de lupus érythémateux aigu disséminé ou de sclérodermie.

Le traitement est avant tout étiologique.

Chez ce patient, le ptérygion étant asymptomatique et le préjudice esthétique faible, l'abstention thérapeutique est préconisée. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– CEDEF. Séméiologie unguéale. http://www.document.cedef.org

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

… ou à rainure ?



Au cours de l'examen de Michel, 32 ans, nous remarquons une dépression de la tablette unguéale, qui semble liée à une formation située dans la matrice. Il nous explique qu'il a cette lésion depuis un accident de mobylette survenu il y a plusieurs années.

Diagnostic

Par **Pierre Frances**, médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer. Frances.pierre@wanadoo.fr
Caroline Passeron, interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
Amanda Sadek, interne en médecine générale, programme Hippokrates, Leeds, Royaume-Uni.
Arthur Regnault, externe, 30900 Nîmes.
Axel Audibert, externe, 34000 Montpellier.

Fibrokératome unguéal

C'est une tumeur rare bénigne fibro-épithéliale, localisée généralement à l'extrémité distale des orteils. L'étiologie est inconnue mais l'hypothèse traumatique a été évoquée.

Les lésions, de 3 à 5 mm, en doigt de gant, peuvent siéger au niveau :
– de la matrice distale, générant une dépression de la tablette ;
– de la matrice proximale, pouvant causer une dystrophie unguéale (à type de leuconychie longitudinale) ;
– du lit unguéal, formant une crête qui donne l'aspect d'un onychopapillome.

Leur surface est parfois verruqueuse. Ces formations sont cliniquement indifférenciables des tumeurs de Koenen, retrouvées chez 50 % des patients atteints de sclérose tubéreuse de Bourneville.

Elles ne régressent pas spontanément. En cas de gêne, ou pour des raisons esthétiques, un traitement chirurgical peut être proposé. La tumeur doit être excisée avec soin, pour ne pas endommager la matrice, ce qui peut entraîner une dystrophie permanente de l'ongle. ●

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

Revue des blogs



Les médecins dans le Top 20

En février 2015, les professionnels de santé figurant dans le Top 20 des blogs « Bien-être et santé » témoignent de la qualité du blog rank de e-buzzing. En effet, toutes les stars de la blogosphère médicale française sont là.

En tête : ceux qu'on peut qualifier d'écrivains soit parce qu'ils ont eu l'occasion de publier un livre contenant leurs billets (Jaddo, Baptiste Beaulieu), soit parce qu'ils ont été auteur avant d'être blogueur comme Christian Lehmann.

Les suivants dans le Top 20 sont connus des lecteurs de *La Revue* parce qu'ils y ont été cités au moins une fois : Jean-Marie Vailloud (Grange Blanche), Sylvain Fèvre (ASK) et la sage-femme la plus influente (Dix Lunes).

Tous font partie du Club des médecins blogueurs, ce qui montre bien que l'appartenance au club est un atout pour devenir un blogueur influent.

En très bonne position dans le classement, Jaddo et Baptiste Beaulieu n'ont pourtant pas la même fréquence de production. Jaddo a ralenti sa collaboration à la blogosphère avec un seul billet en décembre 2014, mais quel billet (98 commentaires) ! En revanche, Baptiste Beaulieu conserve un rythme soutenu de production épistolaire (5 billets en janvier 2015). La meilleure place de Jaddo s'explique par son ancienneté et sa notoriété sur Twitter (son billet de décembre 2014 sur le tiers payant généralisé a été largement cité et encore plus largement retweeté).



Des seniors et des légumes…

Fitness et nutrition caracolent en tête du hit-parade des blogs de la catégorie « Santé et bien-être » de e-buzzing. Ainsi, dans le classement de février 2015, les 2 premières places du Top 20 sont occupées par Senior en Forme et MangeTes-Légumes. Dans ce Top 20, les blogs des professionnels de santé font jeu égal (en nombre) avec ceux qui concernent la diététique et la forme : 7 partout.
Coup de projecteur sur ces blogs qui font le buzz chez les internautes, mais qui ne sont jamais cités dans cette rubrique.

Top 100 : en être ou pas ?

De la même façon que Google établit la notoriété de chaque page Web à partir d'un algorithme, le page rank, e-buzzing évalue l'influence de chaque blog à partir d'un autre algorithme. Celui-ci prend en compte certains paramètres comme les liens (en particulier ceux qui pointent vers le blog et ceux qui figurent dans le résumé du flux RSS) et les mentions dans les réseaux sociaux comme Facebook et Twitter. Résultat : e-buzzing établit chaque mois un classement des 100 premiers blogs dans une quarantaine de catégories.

Seniors sur le podium

Depuis 6 mois, Senior en Forme est en tête de la catégorie « Santé et bien-être » d'e-buzzing. Il le doit aux thématiques et à la lisibilité de ses billets.
La majorité des seniors étant à la retraite, c'est ce thème (montant, revalorisations, imposition) qui est le plus fréquemment abordé. Viennent ensuite la sexualité, le couple et les actualités concernant les personnes âgées. L'écriture des billets est confiée à une équipe de professionnels dans laquelle on remarque les signatures de l'expert, du sociologue et du journaliste. C'est la clé de la qualité rédactionnelle de ce blog.
Ces textes bien écrits sur des sujets porteurs sont abondamment commentés. À la date du 9 février 2015, ceux sur la différence d'âge dans le couple, les secrets d'une sexualité incroyable et les retraités français expatriés ont déclenché respectivement 318, 57 et 108 commentaires.

« Naturopathe, sportive et passionnée »

Ainsi se définit Camille dans son blog MangeTesLégumes où elle parle d'elle, de sport et de ses légumes.
À l'inverse du spartiate Senior en Forme, le blog de Camille est abondamment illustré de photos et d'encarts. Mais, comme le blog des seniors, MangeTes-Légumes a pris le parti d'intéresser l'internaute avec des histoires bien troussées (celle de son auteur dans « Se donner les moyens de réussir sa vie »), ses informations pertinentes (comme celles sur les 20 façons d'utiliser l'huile de coco) et ses « élégantes » promotions (la dernière en date sur Adidas Stella Sport). Enfin, elle n'hésite pas à occuper le terrain avec 11 billets depuis le début de l'année (1er janvier - 10 février).
Résultat : ses posts sont commentés une vingtaine de fois en moyenne, et elle est montée sur la 2e marche du podium après seulement 9 mois d'existence. Bel exploit ! ●

Philippe Eveillard

http://fr.labs.teads.tv/top-blogs/sante_et_bien_etre

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE



Par **Annabelle Bosch,**
secrétaire générale adjointe de l'ISNAR-IMG.
publication@isnar-img.com – www.isnar-img.com

Retour sur le congrès

Fin janvier a eu lieu à Toulouse la seizième édition du Congrès national des internes en médecine générale. Avec plus de 800 participants venus de toute la France, cet événement fut une belle réussite ! Débats et réflexions ont été au cœur des différents ateliers et tables rondes.



Benoît Crassous



Benoît Crassous

16e Congrès national des internes de médecine générale, 30 et 31 janvier 2015.

Des moments forts

Le congrès s'est ouvert par le discours du président de l'ISNAR-IMG, Pierre-Antoine Moinard, qui a notamment dénoncé l'absence récurrente de représentant du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche alors que notre formation fait l'objet d'une réforme majeure ! Il a rappelé les revendications claires de l'ISNAR-IMG concernant la réforme du troisième cycle des études médicales, à savoir un DES de médecine générale en 3 ans, sans stage obligatoire au CHU et avec la moitié des terrains de stage en ambulatoire.

La mise en demeure de la France par l'Europe en juin 2013 a permis de redéfinir la question du temps de travail des internes. Un an et demi plus tard, force est de constater que la réforme tarde à se concrétiser. Le président de l'ISNAR-IMG a donc invité la ministre à ce que le décret soit publié dans les plus brefs délais, actant à 8 demi-journées de stage et 2 demi-journées de formation théorique et personnelle le temps de travail hebdomadaire des internes.

Enfin, sur la question du projet de loi de santé, après un bref rappel de l'actualité syndicale, Pierre-Antoine Moinard a dénoncé le manque de concertation en amont de l'écriture du texte en rappelant que *« ce projet de loi a été construit sans [les médecins], ce projet de loi s'est construit sans nous ».* Ce discours sans langue de bois a été ovationné par près de 800 internes.

Marisol Touraine a pris la parole à son tour mais n'a pas fait d'annonce majeure ; le tiers payant généralisé reste la mesure phare du projet de loi. Les groupes de travail mis en place pour une concertation devant rendre des premières conclusions mi-février. Vont-ils suffire à apaiser les tensions ? Pas si sûr !

La signature du décret concernant le temps de travail serait prévue au printemps 2015 ! Espérons que cette réforme soit effective pour le prochain semestre.

Enfin, la ministre a annoncé le doublement des postes de chef de clinique de médecine générale d'ici 2 ans. Les fervents défenseurs de la FUMG* attendent son application !

Débats et réflexions

La table ronde d'ouverture *« Interne, un patient (pas) comme les autres »* a rencontré un franc succès. De nombreux internes ont fait part de leurs expériences personnelles, témoignant de l'envie de partager sur ce thème. Les 4 ateliers simultanés ont suscité beaucoup d'intérêt.

Errare humanum est ou comment apprendre de nos erreurs afin de ne pas les reproduire a ouvert des perspectives de réflexion sur ce concept appliqué à la médecine. Se servir de l'erreur pour s'améliorer, l'aviation l'a bien compris et utilise déjà cette technique.

L'installation, avec ou sans hésitation a donné des clés pour comprendre les freins à l'installation et a fait découvrir les mesures mises en place pour accompagner cette démarche.

La thèse, un essai à transformer a permis aux internes redoutant cette « épreuve » de prendre connaissance des éléments importants : le travail d'équipe thésard et directeur de thèse, la préparation physique et mentale pour être prêt lors de la passation…

Je doute donc je prescris est revenu sur les déterminants de la prescription médicamenteuse. L'incertitude en médecine est constante, il faut apprendre à travailler avec.

Enfin, la table ronde de clôture « *Travailler ensemble, quelles perspectives* » a ouvert la réflexion sur l'interprofessionnalité, terme encore mal défini et qui est pourtant une réalité qui se concrétise chaque jour un peu plus.

Prix Alexandre Varney

Doté de 1 000 euros, il a distingué le travail de Mme Julie Gilles de la Londe. Sa thèse qualitative intitulée *« Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité sportive chez les personnes transgenres MtF** ? »* a convaincu le jury, qui l'a félicitée pour la qualité de son travail.

En espérant vous revoir nombreux l'année prochaine !

** Filière universitaire de médecine générale.*
*** Male to Female.*

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE